

Zorg op afstand dichterbij?

Digitale zorg na de coronacrisis



Zorg op afstand dichterbij?

Digitale zorg na de coronacrisis

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving:
inspireert en adviseert over hoe we morgen
kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad

Jet Bussemaker, voorzitter
Erik Dannenberg
Daan Dohmen
Pieter Hilhorst
Jan Kremer
Bas Leerink
Liesbeth Noordegraaf-Eelens
Ageeth Ouwehand
Jeannette Pols
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2020-06

ISBN: 978-90-5732-295-2
© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Den Haag, 2020

Niets in deze uitgave mag worden openbaar
gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een
dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige
vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke wijze dan ook zonder toestemming
van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze
website  www.raadrvs.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
Samenvatting	7
1 Inleiding	8
2 Inzichten uit eerdere adviezen	10
3 Ontwikkelingen ten tijde van corona	11
3.1 Stand van zaken voor de coronacrisis	11
3.2 Ontwikkelingen tijdens de crisis	11
4 Digitale zorg in een stroomversnelling?	15
4.1 Een innovatieve versnelling?	15
4.2 Een waardevolle versnelling?	16
5 Een nieuwe aanpak: vier adviezen	18
5.1 Een nieuwe aanpak: zet de beweging in de praktijk voort	18
5.2 Bied inhoudelijk richting	18
5.3 Creëer duurzame vormen van bekostiging voor digitale zorg voor bestaande aanbieders	20
5.4 Maak ook ruimte voor vernieuwende digitale vormen van zorgverlening	21
5.5 Blijf actief leren en evalueren	22
5.6 Ten slotte	24
Bijlage 1 Beleid digitale zorg voor de coronacrisis	25
Bijlage 2 Voorbeelden van digitale zorg ten tijde van corona	27
Geraadpleegde personen	29
Literatuur	30
Vorbereiding	32
Publicaties	33

Voorwoord

Sinds de coronacrisis leven veel mensen meer digitaal dan daarvoor. Zo ook bij de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS). We werken vanuit huis en doen ons werk (vergaderen, interviews houden en praktijkervaringen ophalen) op afstand – bijvoorbeeld via beeldbellen en digitale raadplegingen. Dat werkt goed: we hoeven minder te reizen en vergaderingen zijn bondig en efficiënt. Tegelijkertijd is het echt anders en missen we het sociale aspect van het werk.

Ook in de zorg zijn digitale toepassingen meer dan ooit gebruikt, terwijl de afgelopen jaren vooral werd gesproken over hobbels en knelpunten. Wij bogen ons langs die weg eerder over het thema. De coronacrisis dwong velen nu om te gaan *doen*. Er was weinig keus en voor knelpunten was weinig tijd. Vaak bleek het een goede oplossing die zelfs de verwachtingen te boven ging. Niet alles ging goed, en niet iedereen was tevreden. Maar feit blijft dat de afgelopen maanden in de praktijk enorm veel ervaringen zijn opgedaan met digitale zorg. En dat is enorme winst.

De afgelopen maanden hebben wij gebruikt om vooruit te kijken, voorbij de hectiek van de dag. Hoe benutten we de opgedane ervaringen met digitale zorg zo goed mogelijk? En hoe houden we vast dat we blijven leren, juist ook met innovatieve vormen van digitale zorg die verder gaan dan beeldbellen? Dat is immers de rode draad door onze eerdere adviezen rond dit thema: pas door ermee te werken, kom je achter de waarde van digitale zorg en leer je hoe het beter kan.

Voor dit gevraagde advies hebben we in korte tijd gesproken met professionals die in de praktijk werkten met digitale zorg en met experts vanuit beleid, bestuur en wetenschap. Zij deelden graag hun kennis en ervaringen met ons. Dat illustreert hoezeer het thema leeft. De gesprekken hielpen om in korte tijd een eerste beeld te schetsen van de ontwikkelingen ten tijde van corona. We hebben ons beeld ook gedeeld met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland, die ieder vanuit hun eigen rol ook voorstellen doen om het gebruik van digitale zorg te stimuleren.

Hoe moeten we nu verder? In ons recente advies *(Samen)leven is meer dan overleven* stelden we al dat digitale zorg vooral moet worden gezien als een waardevolle en onmisbare uitbreiding van het repertoire van zorg- en hulpverleners. Hoe deze uitbreiding er precies uitziet zal in de praktijk moeten blijken. We pleiten daarom in dit advies voor een lerende praktijk waarin zorgaanbieders, ontwikkelaars, professionals en patiënten samen continu ervaring opdoen met digitale zorg. De overheid kan hier richting aan geven door helder te benoemen aan welke inhoudelijke prioriteiten digitale zorg moet bijdragen en door het creëren van (financiële) ruimte.

Jet Bussemaker
Voorzitter RVS

Samenvatting

De afgelopen maanden zijn in korte tijd veel nieuwe ervaringen opgedaan met digitale zorg. Vooral het gebruik van beeldbellen heeft een enorme vlucht genomen. Ook zijn nieuwe vormen van digitale zorg ontstaan of opgeschaald, zoals De Corona Check app of digitale dagbesteding. Waar innovaties de afgelopen jaren moeizaam van de grond kwamen, was er door de coronacrisis vaak geen andere keus. In dit advies beantwoordt de RVS de vraag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hoe zij de snelle en zinvolle ontwikkelingen van digitale zorg op een goede manier kan continueren. Dat is een urgente vraag nu fysiek contact weer vaker mogelijk is.

Er zijn in korte tijd grote stappen gezet om digitale zorg voor zoveel mogelijk patiënten mogelijk te maken. Zorgaanbieders, professionals en patiënten vormden de drijvende kracht. Zij hebben zich van hun creatieve en flexibele kant laten zien. Tijdelijke versoepelingen in regels en toezicht ondersteunden die flexibiliteit.

Toch nuanceert de Raad in dit advies op twee punten de waarde van de snelle ontwikkelingen van de afgelopen maanden. Ten eerste zien we vooral een opschaling van bestaande digitale zorgvormen en was het soms ook echt improviseren. Vernieuwende vormen van digitale zorg ontstonden vooral lokaal en op plaatsen waar er al ervaring mee was opgedaan. Waar de kennis en ervaring met digitale zorg miste, of te weinig tijd of aandacht kon worden vrijgemaakt, is veel zorg ook weggevallen. Ten tweede is de waarde van de digitale zorg die is geboden op dit moment nog lastig te beoordelen. Bij gebrek aan de optie van fysiek contact bewees het zijn waarde, maar ervaringen zijn wisselend. Dat vraagt meer onderzoek. Tegelijkertijd onderstrepen de snelle ontwikkelingen het belang om actief aan de slag te blijven met zorgvernieuwing. Juist de opgedane praktijkervaringen zijn cruciaal om digitale zorg in de toekomst van waarde te kunnen laten zijn.

Op veel plaatsen wordt de draad van fysieke zorg al weer opgepakt. Het is daarmee niet evident dat zinvolle ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg worden gecontinueerd en dat de lessen van opgedane ervaringen worden meegenomen bij het vernieuwen van zorgpraktijken. Om dat te bereiken is volgens de Raad een nieuwe aanpak van de overheid nodig. Er moet een omslag komen van een focus op het investeren in digitale infrastructuur en het opschalen van bestaande toepassingen naar het stimuleren van een lerende praktijk waarin digitale zorg gericht kan worden ontwikkeld. Dat vraagt niet zozeer het vasthouden of opschalen van wat nu is ontwikkeld, maar *het voortbouwen op de beweging in de praktijk* die ten tijde van corona is ontstaan. Zodat het gevoel van urgentie zich voortzet en blijvend nieuwe ervaringen kunnen worden benut. Volgens de Raad zijn de volgende vier elementen daarbij essentieel voor het overheidsbeleid op korte termijn:

1. Bied inhoudelijk **richting voor het (door)ontwikkelen van zinnige digitale zorg**, als oproep aan de praktijk om gefocust aan de slag te blijven. Dat vraagt het benoemen van de belangrijkste inhoudelijke prioriteiten waaraan digitale zorg moet bijdragen, in plaats van kwantitatieve ambities voor specifieke vormen van digitale zorg;
2. Creëer **duurzame vormen van bekostiging voor digitale zorg** voor bestaande aanbieders, zodat zij digitale zorg kunnen blijven bieden. Dat kan door de tijdelijke versoepelingen in het vergoeden van digitale zorg te behouden en door meer ruimte voor transformatie in financiële afspraken.
3. Bied ook **ruimte voor vernieuwende digitale vormen van zorgverlening**, zodat hun waarde in de praktijk kan blijken. Dat kan door deze in de vorm van 'living labs' tijdelijk toe te laten in combinatie met gericht onderzoek, en door na te denken over nieuwe vormen van bekostiging;
4. Blijf **actief leren en evalueren** om te weten te komen of de beoogde doelen ook worden behaald, en wat er beter kan. Dat kan door te investeren in praktijkgericht onderzoek, door het ontwikkelen van de meervoudige professionele vaardigheden om digitaal te werken en door patiënten en professionals te ondersteunen bij het gebruik van digitale technologie.

1 Inleiding

Aanleiding

De afgelopen maanden zijn in korte tijd veel nieuwe ervaringen opgedaan met digitale zorg. De zorgsector heeft zich tijdens de coronacrisis van zijn creatieve en flexibele kant laten zien. Wat er is gebeurd wordt dan ook veelvuldig geduid als een stroomversnelling van digitale zorg.¹

Tegelijkertijd waren de omstandigheden uniek. Door de gezondheidsrisico's van corona was er geen andere optie dan overstappen op (digitale) zorg op afstand. Verschillende vormen van digitale zorg zijn in korte tijd ingevoerd of opgeschaald om zorg en ondersteuning waar mogelijk door te laten gaan. Soms lukte het ook niet om in korte tijd een passend aanbod van zorg op afstand op te zetten.

Waar innovaties op het gebied van digitale zorg de afgelopen jaren moeizaam van de grond kwamen, maakte de noodzaak van corona veel mogelijk en bleken digitale middelen van waarde. Beleidsmakers zien de brede inzet van digitale technologie al langer als een noodzakelijke ontwikkeling om de zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden (o.a. Ministerie van VWS 2014). De opgedane ervaringen ten tijde van corona kunnen waardevolle lessen bieden voor de doorontwikkeling van digitale zorg (RVS 2020). Deze inzichten kunnen helpen om – vanuit het huidige momentum – de toekomst van digitale zorg op een goede manier verder vorm te geven. En wellicht ook blootleggen waar de inzet van digitale zorg beter kan en moet, of waar het niet goed past.

Adviesvraag en focus

Nu de beperkende maatregelen langzaam weer worden afgebouwd, is fysiek contact ook weer vaker mogelijk. Het is belangrijk te voorkomen dat zinnige vernieuwingen en geleerde lessen niet verloren gaan. Tegen die achtergrond heeft het ministerie van VWS de RVS de volgende adviesvraag gesteld:

Wat is er nodig om de snelle en zinvolle ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg op afstand die nu (ten tijde van de coronacrisis) worden ingezet, ook in de toekomst op een goede manier te continueren?

Voor een antwoord op deze vraag heeft de Raad een eerste beeld geschetst van de ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg ten tijde van de coronacrisis. Het gaat dan specifiek om vormen van zorg waarbij het contact tussen de patiënt en de zorgverlener (voor een deel van het zorgproces) via (digitale) technologie plaatsvindt. Digitale zorg maakt zo zorg op afstand mogelijk, en dat was een belangrijke waarde ten tijde van corona. Maar het biedt ook mogelijkheden voor vernieuwende zorgvormen, bijvoorbeeld met een actievere rol voor de patiënt of door meer gebruik te maken van data bij het stellen van diagnoses. In dit advies doelen we met digitale zorg op de technische toepassingen in samenhang met hoe deze in zorgprocessen en in de organisatie van zorg zijn ingebed. Daarbij zijn vele vormen mogelijk (zie box).

Digitale zorg in uiteenlopende vormen

Digitale zorg kan gaan om verschillende vormen van zorg en ondersteuning (CEG 2010): communicatie op afstand (bijvoorbeeld consult via videobellen of informatie-uitwisseling via online communicatieplatforms), maar ook om actieve of passieve monitoring (bijvoorbeeld via sensoren of apps), triage en diagnostiek op afstand (bijvoorbeeld via De Corona Check App) of digitale vormen van behandeling of ondersteuning (digitale dagbesteding of online therapie). Het kan worden ingezet als middel binnen bestaande zorgprocessen, of als middel om tot vernieuwing van zorgprocessen te komen.

¹ Bijvoorbeeld door minister Van Rijn (Medische Zorg en Sport) in de Tweede Kamer op 2 juli 2020

In dit advies richt de Raad zich – naast de brede ervaringen met beeldbellen – in het bijzonder op ontwikkelingen op het gebied van telebegeleiding voor chronische patiënten en patiënten die revalideren van een operatie in de curatieve zorg. Daarnaast kijken we specifiek naar ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg in de huisartsenpraktijk. Onderlinge informatie-uitwisseling tussen zorgverleners, de ontwikkeling van de CoronaMelder en consumenten ehealth, zoals leefstijlapps, vallen buiten de scope van dit advies.

Totstandkoming advies

Dit advies is in korte tijd tot stand gekomen om het momentum dat ten tijde van de coronacrisis is ontstaan niet voorbij te laten gaan. We hebben getracht een zo goed mogelijk empirisch beeld te vormen van de ontwikkelingen van de afgelopen maanden. Ten eerste door burgers en professionals te bevragen in [de periodieke raadpleging die de RVS ten tijde van corona heeft uitgevoerd](#). Ook hebben we in een reeks interviews ervaringen en reflecties opgehaald bij mensen die dagelijks met het thema bezig zijn, als onderzoeker, in de praktijk van zorg of hulp, of vanuit bestuurlijk of beleidsmatig perspectief. Daar waar mogelijk hebben we ons gebaseerd op recente onderzoeken en inventarisaties die door anderen zijn uitgevoerd. Ten slotte is waardevolle input opgehaald bij de leden van [VeRS, het talentennetwerk van de RVS](#). Ook konden we voortbouwen op enkele recente adviezen en signaleringen die wij over het thema hebben uitgebracht.

Kernboodschap

Ons advies richt zich op de concrete stappen die het ministerie van VWS zou moeten nemen om de snelle ontwikkelingen van de afgelopen maanden op een goede manier te continueren. Dat vraagt volgens de Raad om een nieuwe aanpak: van een focus op het investeren in de digitale infrastructuur of het opschalen van bestaande toepassingen naar het stimuleren van een lerende praktijk waarin digitale zorg gericht kan worden (door)ontwikkeld. Dat vraagt niet zozeer het vasthouden of opschalen van wat nu is ontwikkeld, maar *het voortbouwen op de beweging in de praktijk* die ten tijde van corona is ontstaan. Volgens de Raad zijn de volgende vier elementen daarbij essentieel voor het overheidsbeleid op korte termijn:

1. Bied inhoudelijk **richting voor het (door)ontwikkelen van zinnige digitale zorg**, als oproep aan de praktijk om gefocust aan de slag te blijven. Dat vraagt het benoemen van de belangrijkste inhoudelijke prioriteiten waaraan digitale zorg moet bijdragen, in plaats van kwantitatieve ambities voor specifieke vormen van digitale zorg;
2. Creëer **duurzame vormen van bekostiging voor digitale zorg** voor bestaande aanbieders, zodat zij digitale zorg kunnen blijven bieden. Dat kan door de tijdelijke versoepelingen in het vergoeden van digitale zorg te behouden en door meer ruimte voor transformatie in financiële afspraken.
3. Bied ook **ruimte voor vernieuwende digitale vormen van zorgverlening**, zodat hun waarde in de praktijk kan blijken. Dat kan door deze in de vorm van 'living labs' tijdelijk toe te laten in combinatie met gericht onderzoek, en door na te denken over nieuwe vormen van bekostiging;
4. Blijf **actief leren en evalueren** om te weten te komen of de beoogde doelen ook worden behaald, en wat er beter kan. Dat kan door te investeren in praktijkgericht onderzoek, door het ontwikkelen van de meervoudige professionele vaardigheden om digitaal te werken en door patiënten en professionals te ondersteunen bij het gebruik van digitale technologie.

Leeswijzer

In **hoofdstuk 2** geven we kort aan hoe de Raad op basis van een aantal recente adviezen aankijkt tegen digitale zorg. In **hoofdstuk 3** schetsen we een eerste beeld van de ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg in de afgelopen maanden. In **hoofdstuk 4** kijken we hier van wat meer afstand naar: is er inderdaad sprake van een 'stroomversnelling' en hoe is deze te duiden? Op basis van die inzichten komen we in **hoofdstuk 5** tot vier adviezen om deze ontwikkelingen op een goede manier te continueren.

2 Inzichten uit eerdere adviezen

De RVS heeft in eerdere adviezen en signalementen aandacht besteed aan digitale zorg. Ook was het een thema in verschillende signalementen van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Deze adviezen en signalementen vormen een belangrijke basis voor dit advies.

Digitale zorg kan waardevol zijn...

In deze adviezen beschreef de Raad al hoe digitale zorg van grote waarde kan zijn (RVS 2017a; 2019). Die waarde kan bestaan uit het bevorderen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid of pluriformiteit van zorg, en het vinden van een goede balans daartussen.

...maar is geen doel op zich

Tegelijkertijd heeft de Raad benadrukt hoe het gebruik van digitale middelen publieke waarden in de zorg ook onder druk kan zetten (RVS 2019a; CEG 2020). Digitale zorg is dan ook nooit een doel op zich. Het gaat om het verbeteren van zorg in een specifieke context. In de crisistijd was het doel daarbij duidelijk en eenduidig: zorg blijven leveren waar die wegviel door scherpe beperkingen aan face-to-face contact. Op de lange termijn zullen er ook beperkingen zijn door het verwachte tekort aan arbeidskrachten. Toch wordt die noodzaak over het algemeen nog minder sterk ervaren. Het is dan ook de vraag of het doel ten tijde van corona een logisch uitgangspunt is voor de verdere ontwikkeling en inzet van digitale zorg in de toekomst.

Waarde moet blijken in praktijken

In eerdere adviezen heeft de Raad opgemerkt hoe de waarde van digitale innovaties pas in de praktijk tot uiting komt. Door ermee te gaan werken en te experimenteren blijkt of digitale innovaties ook daadwerkelijk de oplossingen bieden die ervan worden verwacht. De lessen die dan worden geleerd zijn essentieel om nieuwe technieken door te ontwikkelen of beter in te zetten. De voornaamste les van de coronacrisis ligt – in lijn met de conclusies van het recente drieluik over ehealth van het CEG (2020) – in de ervaringen die zijn opgedaan nu vele zorgverleners en cliënten daadwerkelijk hebben gewerkt met toepassingen voor digitale zorg. Aan die ervaringen besteden we daarom in dit advies speciale aandacht. Net als aan wat er nodig is om technologische toepassingen in te bedden in de zorgpraktijk.

Digitale zorg: niet hét nieuwe normaal, maar onmisbare uitbreiding

Ons recente corona-advies (*Samen)leven is meer dan overleven* (RVS 2020) ging al kort in op de recente ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg. Daarin riep de Raad op om digitale zorg niet als hét nieuwe normaal te positioneren, maar het te zien als waardevolle en onmisbare uitbreiding van het repertoire van zorgverleners (RVS 2020, p. 13). Dat vraagt voor professionals en beleidsmakers ruimte om in overleg met patiënten steeds een afweging te kunnen maken over de meest passende vorm van zorg: digitaal, fysiek of een mix daarvan (*blended care*).

De inzichten in dit advies nemen wij ook zelf mee in onze advisering rond het thema van *De kunst van het innoveren* in onze werkagenda voor de komende jaren.

3 Ontwikkelingen ten tijde van corona

3.1 Stand van zaken voor de coronacrisis

De beleidsmatige aandacht voor digitale zorg is niet nieuw. Ondanks deze beleidsinzet (zie bijlage 1) was het heersende beeld voor de coronacrisis – ondanks hoge verwachtingen – dat de ontwikkeling en verspreiding van digitale zorg traag verliep (zie box).

Het overheidsbeleid had tot doel om het gebruik van een aantal specifieke vormen van digitale zorg te verhogen (Ministerie van VWS 2014). Het kreeg de afgelopen jaren vooral vorm via het stimuleren van infrastructurele initiatieven om digitale informatie-uitwisseling mogelijk te maken (een 'digitale snelweg'). Voorbeelden zijn het koppelen van systemen, het subsidiëren van de ontwikkeling van patiëntportalen en het ontwikkelen van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's). Daarnaast werd de opschaling en implementatie van bestaande toepassingen praktisch en financieel ondersteund. (Ervaren) belemmeringen in zorginkoop, wet- en regelgeving en culturele factoren bleven echter tegenwerken (zie bijvoorbeeld RVS 2017a; SER 2020).

Beeld van digitale zorg in 2019 (Wouters et al 2019; NZa, 2019)

- Veel zorgaanbieders beschikken over een patiëntportaal. Het gebruik blijft echter achter; maar 10-15% van alle cliënten bekijkt zijn of haar gegevens online.
- Beeldbellen werd in beperkte mate gebruikt door verpleegkundigen (minder dan 20%) en chronische patiënten (5%).
- Chronische patiënten waren meer gaan zelfmeten en –monitoren (20%), al deelde minder dan 10% die gegevens met zijn of haar zorgverlener.
- Een kwart van de medisch specialisten werkte op de afdeling met telebegeleiding. Daarvan gaf de helft aan dit niet zinvol te vinden voor het grootste deel van de patiënten.
- Videoconsulten op afstanden werden 400 tot 500 keer per maand gedeclareerd in de medisch specialistische zorg.

3.2 Ontwikkelingen tijdens de crisis

De afgelopen maanden is de aandacht voor digitale zorg sterk gestegen. Dat is ten eerste te zien in de flinke toename van het aantal artikelen over digitale zorg in vakbladen en in (sociale) media. Daarin kwamen vaak (de ervaringen van) zorginstellingen of aanbieders van digitale zorg die het gebruik zagen stijgen aan bod. Het illustreert naar ons idee de toegenomen behoefte aan voorbeelden en ervaringen, wat we ook terugzien in webinars die in de afgelopen periode zijn gehouden.

Als tweede merken we op dat in de coronacrisis verschillende projecten zijn gestart om aanbieders te helpen om de continuïteit van zorgverlening te kunnen realiseren. ZonMw startte in april het programma *Creatieve oplossingen aanpak coronavirus (COVID-19)*. Uiteindelijk hebben 72 projecten financiering ontvangen voor het ontwikkelen en toepassen van creatieve oplossingen, veelal op het gebied van digitale zorg. Ook zijn op websites van brancheverenigingen en bijvoorbeeld op www.zorgvannu.nl veel voorbeelden en tips gedeeld.

Landelijke openbare (registratie)data over de exacte toename van het gebruik van digitale zorg ten tijde van corona ontbreken nog. Dat neemt niet weg dat op basis van verschillende enquêtes, peilingen, gegevens van aanbieders en opgehaalde praktijkervaringen wel een schets kan worden gegeven van de omvang van en de ervaringen met digitale zorg ten tijde van corona. In bijlage 2 geven we een uitgebreider overzicht van initiatieven in de praktijk. Hieronder beschrijven we onze belangrijkste conclusies. Er worden ook nu nog initiatieven in de steigers gezet en er wordt nog volop onderzoek gedaan. Het onderstaande is dus zeker geen definitief beeld. Daarnaast is ook veel zorg de afgelopen maanden niet doorgedaan. Zeker in de langdurige zorg en de thuiszorg bleef dat relatief onderbelicht.

↳ Digitale zorg in ontwikkeling tijdens de coronacrisis

(Tijdelijke) opschaling van beeldbellen en telemonitoring

64%

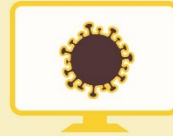
Van de huisartsen is begonnen met beeldbellen tijdens de Coronacrisis

16X

Meer beeldconsulten in de GGZ tijdens de coronacrisis



Opschaling van verschillende telemonitoring projecten, bijvoorbeeld bij hartfalen patiënten



Nieuwe vormen van digitale (corona)zorg

Wisselende ervaringen

“Op het journaal zien we wel die oude vrouw met de iPad, maar niet iedereen heeft die digivaardigheid”

“Ik zie echt een stroomversnelling plaatsvinden. Sommige projecten die al 6 jaar moeizaam lopen, lukken nu opeens wel”

“hoe goed zijn zorgverleners eigenlijk in digitale zorg?”

In het nieuws

Digitale zorg: corona-ervaring of blijvertje?

Verzekeraar en patiëntenclub: verplicht recht op digitale zorg

Corona: beeldbellen met de dokter is blijvertje

Behandelaars ggz vinden digitale zorg vaak te beperkt

Opinie: Maak nu van digitale zorg het nieuwe normaal

Gupta: Na coronacrisis kan kwart policonsulten op afstand

Gebruik (beeld)bellen fors toegenomen

We zien daarbij eerst en vooral dat het gebruik van telefonisch contact en beeldbellen tijdens de coronacrisis enorm is gegroeid.

- Onderzoek van het Nivel onder meer dan 1.000 **huisartsenpraktijken** toont dat 60 procent van de deelnemende praktijken vaker telefonische consulten is gaan doen. Beeldbellen met patiënten werd door ruim 70 procent intensiever toegepast, met als belangrijkste verschil dat deze toepassing voor corona nauwelijks werd gebruikt.² Mensen met chronische ziekten of een lichamelijke beperking die contact hadden met de huisartsenpraktijk deden dat voornamelijk via de telefoon; slechts 5 procent maakte gebruik van een e-consult of beeldbellen.³
- Voor de **medisch-specialistische zorg** maken we een vergelijkbaar beeld op. Vrijwel iedereen die we spreken ziet een groei in het gebruik van (beeld)bellen in zijn of haar organisatie. Ook aanbieders van beeldbeltechnologie geven aan dat het aantal ziekenhuizen dat gebruik maakt van hun diensten in de afgelopen maanden sterk is gegroeid. In verschillende artikelen beschrijven individuele ziekenhuizen ook zelf hoe het gebruik van beeldbellen is toegenomen.
- In de **geestelijke gezondheidszorg** (ggz) geeft de helft van de respondenten van het MIND-panel aan digitaal alternatieve hulp te hebben gehad van hun ggz-behandelaar; vaak gaat het dan om (beeld)bellen.⁴ Dat beeld wordt bevestigd door een onderzoek van Trimbos; ook daaruit blijkt dat een groot deel van de zorg op afstand plaatsvindt.⁵ Ook een aantal individuele instellingen publiceerde cijfers waaruit blijkt dat zij soms wel zestien maal meer digitale of telefonische consulten hebben gehouden.
- In de **langdurende zorg, gehandicaptenzorg** en het **sociaal domein** is het beeld wat minder eenduidig. Daar lijkt beeldbellen weliswaar meer ingezet, maar niet even wijdverspreid als in andere sectoren. Veel zorg en ondersteuning en bijvoorbeeld het stellen van indicaties lijkt stopgezet als deze niet fysiek konden plaatsvinden. Wel lijkt de coronacrisis in verschillende gevallen te zijn aangepakt om actiever werk te maken van vroegsignalering, door via telefoon of videoverbinding contact te leggen met kwetsbare mensen of gezinnen en waar nodig door te verwijzen. Het is lastig in te schatten hoe breed deze initiatieven zijn.

Telebegeleiding en andere innovaties beperkt gegroeid, vooral lokaal opgeschaald

Uit de interviews met experts leren we dat er, ten opzichte van beeldbellen, in mindere mate een groei is geweest in het gebruik van andere digitale toepassingen. Dit wil echter niet zeggen dat er verder niets is veranderd.

- Zo zien we een uitbreiding van **telebegeleiding** bij een flink aantal instellingen in de medisch-specialistische zorg. Patiënten meten hierbij zelf vanuit huis specifieke gezondheidswaarden en delen deze met de zorgprofessional(s). Op deze manier konden professionals ten tijde van corona toch de gezondheidssituatie van patiënten blijven volgen.
- **Huisartsen** zijn tijdens de coronacrisis, naast het beeldbellen, intensiever gebruik gaan maken van digitale middelen, zoals het online aanvragen van herhaalrecepten, diensten voor telebegeleiding en digitale triage. Ten slotte is het gebruik van het landelijke platform thuisarts.nl gestegen tot ongeveer 200.000 bezoekers per dag.
- Ook in de langdurige zorg en het sociaal domein zijn nieuwe vormen van digitale zorg ontstaan. Zo zien we voorbeelden van **digitale dagbesteding** (zoals op [www.digidagbesteding](http://www.digidagbesteding.nl), videokanaal Hallo Thuis van Philadelphia of www.denationaalthuisbingo.nl), **digitale indicatiestelling** (bijvoorbeeld bij het behandelen van Wmo-aanvragen), '**digitale zorgverleners**' (zoals DigiContact) en **laagdrempelige ondersteuning online** (zoals www.achterhetbehangplakken.nl).

² <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/huisartsenpraktijken-maken-vooral-veel-gebruik-van-beeldbellen-sinds-de-corona-uitbraak>; <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/toename-telefonische-consulten-en-visites-op-de-huisartsenpost-coronatie>

³ <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/weinig-gebruik-e-health-door-mensen-met-een-chronische-ziekte-enof-lichamelijk-beperking>

⁴ <https://mindplatform.nl/nieuws/onderzoek-ggz-panel-naar-gevolgen-corona>

⁵ <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/driekwart-leden-panel-psychisch-gezien-heeft-geen-face-to-face-contact-met-hulpverlener>

Nieuwe vormen van digitale zorg voor coronapatiënten

We zien ten slotte ook toepassingen die de afgelopen periode specifiek voor coronapatiënten zijn (door)ontwikkeld. Het meest wijdverspreide voorbeeld is De Corona Check app, die in korte tijd door meer dan 170.000 mensen buiten het ziekenhuis is gebruikt om op afstand gezondheidsgegevens gerelateerd aan corona te kunnen monitoren.⁶ Achter de schermen zijn daartoe in korte tijd in zeven ziekenhuizen verspreid door Nederland regiecentra opgezet waar verpleegkundigen en (huis)artsen (in opleiding) signalen opvolgden van mogelijke coronagevallen en burgers medisch begeleidden. Ook op lokaal niveau ontwikkelden verschillende zorgaanbieders digitale toepassingen die vernieuwende vormen van zorgverlening mogelijk maakten. Voorbeelden zijn de 'COVID-box' van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)⁷ en een virtueel revalidatieprogramma voor coronapatiënten in het Diaconessenhuis.⁸

Motoren van de snelle ontwikkelingen

Als één ding in de afgelopen weken duidelijk werd, is het dat corona een noodzaak creëerde die eerder ontbrak om anders te gaan werken. Er was gewoonweg geen alternatief: het was digitale zorg of helemaal geen zorg. Waar voorheen vooral plannen werden gemaakt, werd het nu noodzakelijk actie te ondernemen. Er is door professionals en bestuurders ongekende inzet en flexibiliteit getoond om bestaande werkprocessen in korte tijd om te gooien.

De coronacrisis bracht ook beleidsmakers, toezichhouders en regelgevers ertoe om de snelle ontwikkelingen in het veld te ondersteunen. Dat is bijvoorbeeld gebeurd door regels aan te passen, toezicht te flexibiliseren en extra subsidiegelden beschikbaar te stellen (zie box). Die inzet voorkwam technische, financiële of juridische problemen bij de benodigde snelle omslag van werken. Bovendien gaf het een belangrijk signaal naar de praktijk om vooral aan de slag te gaan. Ten slotte hebben ontwikkelaars achter de schermen hun steentje bijgedragen, onder andere door hun toepassingen uit te rusten met nieuwe functies of deze gratis beschikbaar te stellen.

Initiatieven achter de schermen

- De NZa verruimde tijdelijk de declaratieregels voor het declareren van consulten op afstand.
- De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) maakte ruimte in zijn toetsingskader ehealth voor aanbieders om beargumenteerd af te wijken van bestaande kwaliteitsnormen en richtlijnen, mits de veiligheid van de patiënt niet in het geding komt.
- Zorginstituut Nederland heeft pakketadviezen in het kader van corona versneld opgepakt, zoals voor het verruimen van de inzet van paramedische zorg in de eerste lijn voor mensen die zwaar zijn getroffen door het virus.
- Het ministerie van VWS stelde via twee stimuleringsregelingen voor ehealth in totaal €100 miljoen beschikbaar voor investeringen in digitale zorg.
- ZonMw kende additionele subsidies toe voor projecten die een oplossing kunnen bieden tijdens de coronacrisis, waaronder veel projecten over digitale zorg op afstand.
- Zorgverzekeraars boden in hun afspraken met zorgaanbieders ruimte, bijvoorbeeld over het minimaal aantal face-to-face contacten.

Recente ontwikkelingen na de crisisfase

Na de eerste crisisfase werden de maatregelen versoepeld en liep het gebruik van digitale zorg ook weer terug. Fysiek contact is weer vaker een optie en het is dus ook weer mogelijk om bekende werkwijzen op te pakken. Daarbij ziet de Raad overigens ook signalen dat er meer tijd komt om na te denken over een meer duurzame inbedding van digitale toepassingen in zorgpraktijken. De opgedane ervaringen kunnen daarvoor immers belangrijke inzichten verschaffen.

⁶ Deze app bouwt voort op een bestaande app voor patiënten met COPD en hartfalen en is tijdens de crisis in korte tijd doorontwikkeld in samenwerking met het OLVG.

⁷ <https://www.lumc.nl/over-het-lumc/nieuws/2020/April/thuismonitoring-covidbox/>

⁸ <https://www.skipt.nl/nieuws/diakonessenhuis-start-virtueel-revalidatieprogramma-voor-coronapatiënten/>

4 Digitale zorg in een stroomversnelling?

In dit hoofdstuk reflecteren we op het eerste beeld van de ontwikkelingen, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. Dat doen we vanuit twee vragen: in hoeverre zijn deze ontwikkelingen daadwerkelijk te zien als een innovatieve versnelling, en wat is de toegevoegde waarde van de ontwikkelingen?

4.1 Een innovatieve versnelling?

Vooraf gebruikt wat voorhanden was

Een groot deel van de toename van digitale zorg bestaat uit het gebruik van vormen van beeldbellen, als vervanging van fysieke consulten of therapieën. Daarbij zijn vooral bestaande toepassingen gebruikt, al dan niet specifiek ontwikkeld voor de zorg. Daarnaast zien we ook voorbeelden van nieuwe toepassingen die in de afgelopen weken zijn (door)ontwikkeld. Hier lijkt geogst wat eerder is gezaaid, vooral bij aanbieders die al actief met digitale zorg aan de slag waren. Voorbeelden als De Corona Check App of telebegeleiding op de hartpoli van het MUMC konden snel worden ingezet of opgeschaald omdat de basis er lag, of omdat er al (in pilotvorm) kennis mee was gemaakt.

In termen van innovatie is bij de snelle ontwikkelingen dus een kanttekening te maken. Weliswaar werd door de druk van corona over de bekende 'not invented here'-drempel gestapt, toch lijkt het niet te gaan om een brede vernieuwing van zorgpraktijken. Veelal gaat het om het gebruik van bestaande digitale middelen binnen bestaande zorgprocessen.⁹ Dat is logisch omdat in korte tijd oplossingen moesten worden gevonden.

Onbenut potentieel

Er zijn ook voorbeelden van al beschikbare toepassingen die ten tijde van corona nog niet of slechts heel beperkt zijn gebruikt. Zo heeft veel thuiszorg stilgelegen in de coronacrisis (Patiëntenfederatie 2020), terwijl er voor die zorg verschillende digitale innovaties beschikbaar waren (Vilans 2020). Deze innovaties waren wellicht nog onvoldoende bekend in de praktijk of onvoldoende doorontwikkeld (of getest) om in te spelen op specifieke zorgvragen. Zo lag indicatiestelling voor mensen met een verstandelijke beperking in de Wet langdurige zorg (Wlz) grotendeels stil omdat er (nog) geen IQ test op afstand beschikbaar is die toegesneden is op deze groep.¹⁰

Ook in de dagbesteding is nog veel mogelijk. Samen koken met cliënten via beeldtechnologie kan al een wereld van verschil zijn ten opzichte van een 'standaard' gesprek op afstand. Vergelijkbaar zijn er ook nog veel mogelijkheden voor telebegeleiding om beter in te spelen op de persoonlijke omstandigheden en wensen van patiënten. Of om daadwerkelijk het zorgproces te veranderen, waarbij onnodige controles worden voorkomen of triage op een hele andere manier wordt uitgevoerd. Toch is dit nog weinig gebeurd.

Improviseren onder druk

Een groot deel van de versnelling van digitale zorg heeft onder hoge tijdsdruk plaatsgevonden. Dat horen we terug over de inzet van beeldbellen, maar ook over bijvoorbeeld de inzet van telebegeleiding. Er is door zorgaanbieders knap werk geleverd. In korte tijd is zoveel mogelijk zorg op afstand doorgegaan waardoor cliënten niet in de kou zijn komen staan. Die tijdsdruk heeft ook geholpen koudwatervrees te overwinnen.

⁹ In het *Financieele Dagblad* van 26 maart 2020 waarschuwt Raoul Zaal van FocusCura er bijvoorbeeld voor dat dat nu niet "tienduizenden tablets moeten worden weggezet die over een paar weken overal in de kast belanden. Met hardware alleen heb je nog geen digitale zorg, zegt hij. 'We moeten niet een bak technologie over de markt uitstorten en niet goed nadenken over de processen die dat moeten ondersteunen. Daar zie ik wel een risico.'"

¹⁰ Zie www.coronatijden.nl

Tegelijkertijd lijkt er veel te zijn geïmproviseerd. We horen termen als ‘haast- en knutselwerk’ veel terug. Het is daarmee de vraag of de huidige werkwijzen en de inzet van digitale middelen één-op-één behouden moeten blijven. Het risico bestaat immers dat doordachte innovatie van zorgprocessen juist achterblijft. Zo spraken we een innovatiemanager die de afgelopen periode opvallend weinig te doen had. Veel taaie kwesties rondom het inbedden van digitale middelen in de praktijk lijken nu pas op te komen.

Innovatiekracht kwam uit de praktijk, met hulp van regelruimte en voorwerk

In de ontwikkelingen van de afgelopen weken zijn zorgaanbieders en professionals, in samenwerking met patiënten, de drijvende krachten geweest. Ook bij het ontwikkelen van nieuwe coronagerelateerde digitale toepassingen zat hier het leiderschap. Het werd wel mede mogelijk gemaakt door de geboden ruimte in regelgeving en toezicht en er kon worden voortgebouwd op het voorwerk van de afgelopen jaren.

Innoveren is en blijft een taaie opgave

De urgentie van corona heeft veel gebracht, maar is volgens de Raad niet vanzelf duurzaam. Het risico bestaat dat een blijvende smalle focus op ‘zorg op afstand’ in het licht van corona vooral leidt tot het behouden van de nu inderhaast gekozen oplossingen die op de lange termijn niet per se soelaas bieden. Vraagstukken over de gewenste inrichting van zorg met behulp van technologie blijven dan onderbelicht. De coronacrisis is te zien als een tijdelijke stabilisatie van de verschillende doelen waaraan digitale zorg kan bijdragen. En ook de risico’s van zorg op afstand worden weer relevanter.¹¹ Daarbij bleken veel structurele hobbels die voorafgaand aan de crisis als grote knelpunten werden ingeschat eigenlijk niet in de weg te hebben gestaan. Denk aan het ontbreken van financiering, van technische koppelingen of de onzekerheid of digitale zorg wel voor iedereen geschikt is. Het is de vraag of deze hobbels op termijn toch niet opnieuw voor verlies van innovatie zullen zorgen. De meningen van de mensen die we gesproken hebben, zijn daar niet eenduidig over.

4.2 Een waardevolle versnelling?

In het advies *Waarde(n)volle Zorgtechnologie* (RVS 2019a) is de Raad ingegaan op de vraag hoe beoordeeld kan worden of digitale technologie van waarde is voor de zorg. Ook anderen hebben recent gepleit voor een dergelijk debat, mede naar aanleiding van corona.¹² Daarbij staan vragen centraal over de betrouwbaarheid van de technologie, leveringscondities, sociale en fysieke toegankelijkheid van digitale zorg, de mate waarin digitale zorg bijdraagt aan pluriformiteit en de mate waarin digitale zorg voor eenieder beschikbaar en betaalbaar is.

Gemengde ervaringen

Kijken we naar deze punten, dan zijn de ervaringen van de afgelopen maanden gemengd. We horen duidelijke en soms onverwachte voordelen, die ook vaak breed worden gedeeld. Zo had digitale zorg ten tijde van corona een positief effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, zeker waar andere opties wegvielen. We horen ook positieve geluiden van zorgverleners, zoals de laagdrempelige manier van zorg verlenen die beeldbellen biedt aan jeugdhulpverleners of medewerkers in de ggz. Via beeldbellen kan toch even binnen gekeken worden bij gezinnen of personen die anders moeilijk te bereiken zijn – al zie je natuurlijk lang niet alles. In de meeste sectoren zijn patiënten tevreden over het alternatief dat digitale zorg ten tijde van corona biedt.¹³ Ze geven bijvoorbeeld aan het prettig te vinden om te praten vanuit de (thuis)omgeving, of zelf een actievere rol te kunnen spelen. Dat blijkt ook uit cijfers: zo wil een meerderheid van de cliënten van het

¹¹ Zo laat onderzoek van het Nivel onder huisartsen zien dat slechts een kwart van hen aangeeft beeldbellen met patiënten ook na crisis intensiever dan voorheen te blijven gebruiken. Bij telebegeleiding is dit percentage slechts 7%. Zie Van Tuyl et al (2020).

¹² <https://www.wrr.nl/wrr-en-corona/artikel-coronacrisis-vraagt-om-debat-over-digitalisering>

¹³ Zo blijkt uit peilingen van Patiëntenfederatie Nederland (2020a,b) dat veel patiënten tevreden zijn over het geboden alternatief: 86% in de ziekenhuiszorg en 89% in de eerstelijnszorg. Bovendien wordt in minstens de helft van de gevallen dit alternatief net zo goed gewaardeerd als een persoonlijke afspraak.

Helen Downing Instituut ook na de coronacrisis de mogelijkheid behouden om te beeldbellen met hun therapeuten.¹⁴

Tegelijkertijd komt ook duidelijk een aantal knelpunten naar voren (De Vries & Pols 2020).¹⁵ Zo wordt beeldbellen door met name zorgverleners in de ggz vaak als beperkend ervaren voor de kwaliteit van zorg. Die geluiden zijn ook te horen onder ggz-cliënten. Zij ervaren hoe alleen contact via beeldbellen op gespannen voet kan staan met het opbouwen van een therapeutische relatie tussen cliënt en zorgverlener, zeker bij nieuwe cliënten, bij kwetsbare patiënten of bij complexe hulpvragen.¹⁶ Ook blijken er nadelen te zijn voor de toegankelijkheid van zorg, zeker voor patiënten die thuis niet de juiste middelen of plek hebben voor digitaal contact. Hun gevoel van sociale isolatie kan door uitsluitend contact op afstand versterkt worden.

Beeld 'In het oog van de storm'

In onze eigen raadpleging vroegen wij 1752 burgers en professionals in ons netwerk naar ervaringen met digitale zorg. Zij waarden vormen van digitale zorg op afstand ten tijde van corona gemiddeld met een 6,6 (op een schaal van 1 tot 10). Een groot deel van de respondenten, ruim 70%, wil zelf in de toekomst de mogelijkheid hebben om vormen van digitale zorg op afstand te behouden na de coronacrisis. Dit betekent niet dat zij zorg op afstand hetzelfde waarden als reguliere zorg; slechts 20% is van mening dat het een 'volwaardige vervanging' kan bieden. Opvallend is daarbij ook het verschil in waardering tussen patiënten (15,8%) en professionals (16,5%) en beleidsmedewerkers (32,1%). Tussen sectoren fluctueert dit percentage ook flink. Een duidelijk signaal om niet te spreken over digitale zorg als 'vervanging' van 'fysieke' zorg, maar als onderdeel van de zoektocht naar gemende zorgmodellen waarin soms fysiek contact wenselijk of noodzakelijk is en soms juist digitale zorg.

Geen definitief beeld, wel momentum om te behouden en lessen om te benutten

Het is niet onze ambitie om al een definitief beeld te geven van de waarde van digitale zorg ten tijde van de coronacrisis. Daarvoor bieden de opgedane inzichten nog te weinig houvast en is meer diepgaand onderzoek nodig. Het is lastig te zeggen waar de exacte winst- en pijnpunten voor een brede en duurzame inzet van digitale zorg liggen. Enerzijds omdat de inzet digitale zorg nooit 'af' is. Daarnaast zijn op dit moment vooral ervaringen opgedaan met beeldbellen en vormen van zorg binnen bestaande zorgprocessen. Die ervaringen zijn relevant en kunnen helpen het gebruik van deze toepassingen te verbeteren. Maar het betekent ook dat ervaringen met (digitale) vernieuwing van zorgprocessen nog beperkt is. De waarde van meer fundamentele vernieuwing van zorgprocessen door middel van digitale toepassingen is dus ook eigenlijk nog niet vast te stellen.

Wel is vast komen te staan dat meer zorgverleners ervaring hebben opgedaan met digitale zorg. Het vasthouden van deze betrokkenheid van zorgverleners en van patiënten is in elk geval belangrijk voor de verdere doorontwikkeling van digitale zorg.

¹⁴ <https://www.icthealth.nl/nieuws/meerderheid-clienten-hdi-wil-blijven-beeldbellen/>

¹⁵ <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/driekwart-leden-panel-psychisch-gezien-heeft-geen-face-to-face-contact-met-hulpverlener>; <https://www.f-actnederland.nl/fact-clienten-missen-face-to-face-contact-in-coronatijd/>

¹⁶ <https://zorgnu.avrotros.nl/nieuws/item/structureel-digitale-zorg-psychologen-en-psychiaters-zien-het-niet-zitten/>

5 Een nieuwe aanpak: vier adviezen

In dit advies beantwoordt de RVS de vraag wat er nodig is om de snelle en zinvolle ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg op afstand die nu (ten tijde van de coronacrisis) worden ingezet, ook in de toekomst op een goede manier te continueren.

De ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg worden vaak getypeerd als een stroomversnelling. Toch valt het de Raad op dat er met name een opschaling heeft plaatsgevonden van bestaande digitale zorgvormen, en was het door de tijdsdruk soms ook echt improviseren. Waar de kennis en ervaring met digitale zorg miste, of te weinig tijd of aandacht kon worden vrijgemaakt, is veel zorg ook weggefallen. Ook is de waarde van digitale zorg die wel plaatsvond op dit moment lastig te beoordelen: daarvoor zijn ervaringen nog wisselend en is meer onderzoek nodig. Tegelijkertijd onderstrepen de opgedane ervaringen en snelle ontwikkelingen het belang om actief aan de slag te blijven met zorgvernieuwing. Juist deze praktijkervaringen zijn cruciaal om digitale zorg in de toekomst van waarde te kunnen laten zijn.

5.1 Een nieuwe aanpak: zet de beweging in de praktijk voort

Het continueren van de snelle ontwikkelingen betekent daarmee volgens de Raad vooral het *voortbouwen op de beweging* die tijdens de coronacrisis is ontstaan, en niet zozeer het vasthouden van de toepassingen die de afgelopen periode zijn opgeschaald. Immers, zorg op afstand gaat verder dan de digitale tools; het gaat om de inbedding in en daarmee transformatie van zorgprocessen. Digitale toepassingen zijn de afgelopen maanden weliswaar enorm veel gebruikt, maar nog niet per definitie vertaald naar nieuwe en waardevolle zorgpraktijken.

Om die stap te zetten, is het nodig in de breedte van de zorg ervaring op te blijven doen met digitale zorg. Dat gaat niet vanzelf, zo is de afgelopen jaren gebleken. Om dat voor elkaar te krijgen is een hernieuwde aanpak door de overheid nodig. De afgelopen jaren is veel energie gaan zitten in het realiseren van noodzakelijke voorwaarden en infrastructuur en het opschalen van bestaande toepassingen (zie paragraaf 3.1). Nu deze 'digitale snelweg' ontstaat is het de komende tijd vooral belangrijk te komen tot een blijvend lerende praktijk waarin digitale zorg gericht kan worden (door)ontwikkeld. Vier elementen zijn volgens de Raad op korte termijn essentieel voor deze hernieuwde aanpak door de overheid:

1. Bied inhoudelijk **richting** voor het (door)ontwikkelen van zinnige digitale zorg;
2. Creëer **duurzame vormen van bekostiging** voor digitale zorg voor bestaande aanbieders;
3. Bied ook **ruimte voor vernieuwende digitale vormen van zorgverlening**, zodat hun waarde in de praktijk kan blijken;
4. Blijf **actief leren en evalueren** om te weten te komen of de beoogde doelen ook worden behaald, en wat er beter kan.

Deze elementen moeten in samenhang worden gezien. Het een kan niet zonder het ander. Ruimte is nodig om in de praktijk aan de slag te kunnen (blijven) en richting door de overheid is nodig om de urgentie te blijven houden en gericht te kunnen leren en evalueren.

5.2 Bied inhoudelijk richting

Ten tijde van corona was sprake van een specifieke situatie die gedeelde urgentie en een eenduidig doel creëerde voor de inzet van digitale zorg. Na de crisissituatie verzwakt of vervalst deze externe en acute urgentie. Op sommige plekken, bijvoorbeeld door het tekort aan huisartsen in bepaalde regio's, wordt het belang van zorgvernieuwing al gevoeld. Maar dat is zeker niet overal het geval. De (door)ontwikkeling van digitale zorg kan dan ook na corona opnieuw verzanden in uiteenlopende of onduidelijke doelen en belangen.

De Raad adviseert het ministerie van VWS daarom eerst en vooral om actief inhoudelijk richting te bepalen voor een zinvolle (door)ontwikkeling van innovaties op het gebied van digitale zorg. Dat vraagt het herijken van de ambities die tot 2019 centraal stonden (zie box). Die richtten zich op het opschalen van specifieke vormen van digitale zorg. Voor die instrumentele en kwantitatieve ambities zouden één of enkele inhoudelijke

prioriteiten in de plaats moeten komen. Recent hebben ook de Algemene Rekenkamer en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in deze lijn geadviseerd (Algemene Rekenkamer 2020; RIVM 2020).

Ambities ehealth 2014-2019

- Binnen 5 jaar heeft 80% chronisch zieken toegang tot medische informatie
- Binnen 5 jaar kan 75% van chronisch zieken en kwetsbare ouderen zelf metingen uitvoeren
- Binnen 5 jaar heeft iedereen met zorg en ondersteuning thuis de mogelijkheid om 24 uur per dag op afstand zorgverlener te raadplegen.

Een dergelijke keuze voor één of enkele inhoudelijke prioriteiten kan als wervende uitnodiging fungeren aan professionals, patiënten en anderen om innovatie zelf in de praktijk (bottom-up) verder vorm te geven. Daar waar doelen en belangen in de praktijk uiteenlopen bieden landelijke prioriteiten immers een ijkpunt. Ze stellen zorgaanbieders, ontwikkelaars, zorgverzekeraars en andere betrokkenen ook in staat om – met de ervaringen van de afgelopen periode nog vers in het geheugen – focus aan te brengen in een eigen visie en strategie en gericht energie te steken in digitale innovatie. Zweden laat zien hoe een langjarige visie met inhoudelijke doelstellingen¹⁷ innovatie in de praktijk een boost kunnen geven.¹⁸ Daarnaast bieden hernieuwde, inhoudelijke prioriteiten het noodzakelijke kader voor verder beleid (Algemene Rekenkamer, 2020) en om in de praktijk gericht te kunnen leren van opgedane ervaringen (vgl. RVS 2019a).

Het verdient aanbeveling om bij de keuze van nieuwe ambities samen met het veld tot consensus te komen over de belangrijkste (concrete) opgaven in zorg en samenleving waaraan de doorontwikkeling van digitale zorg zou moeten bijdragen. De brede beweging naar de *Juiste Zorg op de Juiste Plek* biedt daarvoor waardevolle aanknopingspunten. De groei van het aantal chronisch zieken en ouderen zet de organiseerbaarheid van de zorg onder druk. Die druk wordt versterkt door het dreigende tekort aan zorgpersoneel in de komende jaren. Vernieuwende zorgprocessen zijn nodig om die opgave het hoofd te bieden, bijvoorbeeld door arbeidsintensieve zorg te voorkomen of door cliënten en hun naasten de tools te geven daar zelf een actieve rol bij te spelen.

Volgens de Raad zou daarom het bieden van oplossingen voor het dreigende personeelstekort in de zorg, met name voor chronisch zieken, prioriteit moeten krijgen bij het doorontwikkelen van digitale zorg. Daar kan mede invulling aan worden gegeven door twee andere relevante prioriteiten voor digitale zorg: het versterken van de positie en het netwerk van (kwetsbare) burgers, patiënten en hun mantelzorgers, en het tijdig kunnen signaleren en behandelen van ziektes of aandoeningen om deze waar mogelijk te voorkomen.

Advies RVS: nieuwe prioriteiten digitale zorg

- Oplossingen voor het dreigende arbeidsmarkttekort in de zorg
- Versterken van de positie en het netwerk van (kwetsbare) burgers, patiënten en hun mantelzorgers
- Tijdig kunnen signaleren en behandelen van ziektes en aandoeningen om zorg waar mogelijk te voorkomen.

Een digitale oplossing die het werk van zorgverleners verlicht kan de kwaliteit en toegang van zorg verhogen, maar in de praktijk kan ook blijken dat er spanning ontstaat met deze of andere publieke waarden. Daarom is het belangrijk om constant te evalueren hoe prioriteiten in de praktijk uitwerken en zich verhouden tot andere (publieke of lokale) waarden, om ze waar nodig bij te stellen.

Wat kan het ministerie van VWS doen?

- ➔ Herijk samen met het veld de verouderde ambities op het gebied van digitale zorg uit 2014. Bied hierin richting over de specifieke inhoudelijke prioriteiten waar digitale zorg aan zou moeten bijdragen. Hierop kan het beleid en de inzet van het veld vervolgens worden geëvalueerd. Vertaal deze focus naar de zorgvragen of deelsectoren waarvoor de (door)ontwikkeling van digitale zorg met name waardevol is op korte termijn.

¹⁷ <https://www.government.se/information-material/2016/08/vision-for-ehealth-2025/>

¹⁸ Ook het Verenigd Koninkrijk (<https://www.longtermplan.nhs.uk>, met tastbare doelstellingen voor langere termijn) en Duitsland (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digital-healthcare-act.html>, met ambitie vertaald naar passende bekostiging) kunnen op specifieke punten als voorbeeld dienen.

- ➔ Zet deze prioriteiten om in gedeelde afspraken met veldpartijen over de ontwikkeling van het (regionale) zorglandschap van de komende jaren.
- ➔ Stel deze prioriteiten en de ervaringen die ermee in de praktijk worden opgedaan centraal in de vernieuwing van de ehealthmonitor. Op basis van die opgehaalde informatie kan de waarde van digitale zorg actief worden geëvalueerd.

Wat kunnen anderen doen?

- ➔ Verzekeraars, interne en externe toezichthouders kunnen deze inhoudelijke prioriteiten centraal stellen in het gesprek met aanbieders binnen verantwoordingsprocessen (vgl. RVS 2019b). Daarin kunnen zij aanbieders scherp houden op de wijze waarop zij hieraan invulling geven, actief blijven leren en dit inbedden in in nieuwe zorgprocessen.
- ➔ Het Zorginstituut kan deze doelstellingen gebruiken bij de ontwikkeling van nieuwe kwaliteitskaders en het evalueren van het verzekerde pakket.

5.3 Creëer duurzame vormen van bekostiging voor digitale zorg voor bestaande aanbieders

De afgelopen jaren heeft het ministerie van VWS via verschillende regelingen financiële ruimte proberen te creëren voor het gebruiken en opschalen van digitale zorg. Toch blijken nog veel zorgaanbieders financiële prikkels te ervaren die dit tegenwerken. De inzet van digitale zorg leidt vaak tot een verandering van het zorgproces. Bijvoorbeeld doordat zorg niet op locatie wordt geleverd, maar digitaal, of doordat fysieke zorg voorkomen of door technologie vervangen wordt. Dat is wenselijk, omdat de zorg er beter van wordt of het bijvoorbeeld kosten en tijd bespaart. Toch staat het haaks op de vereiste om zorg te declareren op basis van specifieke (fysieke) verrichtingen van zorgprofessionals. In het briefadvies *Implementatie van ehealth vraagt om durf en ruimte* (RVS 2017a) heeft de Raad hier al aandacht voor gevraagd. Het is dus niet alleen belangrijk de geboden ruimte in de prestatiebekostiging ten tijde van corona vast te houden, maar ook om nieuwe vormen van bekostiging te vinden die ruimte bieden voor een structurelere transformatie van zorg. Nieuwe zorgprocessen die door digitale zorginnovaties ontstaan kunnen zo structureel worden bekostigd, waar dat nu nog vooral op subsidiebasis en daarmee nog onvoldoende duurzaam gebeurt.

Behoud ruimte voor digitale zorg in prestatiebekostiging

De afgelopen maanden zijn de declaratieregels op het gebied van digitale zorg verruimd om de noodzakelijke zorg digitaal op afstand te kunnen leveren, ook waar dat voorheen nog niet mogelijk was. Die aanpassingen zijn voor zorgaanbieders waardevol. Het is dan ook belangrijk dat die gecreëerde ruimte behouden blijft, ook na de nu voorziene verlenging door de NZa tot januari 2021. Naast deze tijdens corona ingezette verruiming, zoekt de NZa naar additionele manieren om digitale zorg te stimuleren via de bekostiging (NZa 2020).

Overigens is het minstens zo belangrijk dat ook de beloning van medisch specialisten op dezelfde wijze verandert; van het belonen van bestaande activiteiten naar ruimte voor verschuiving en transformatie (NZa, 2019).

Wat kan met ministerie van VWS samen met de NZa doen?

- ➔ Behoud de ten tijde van corona versoepelde declaratieregels voor digitale zorg structureel, ook na 2020.
- ➔ Stel – zoals voorgenomen – een facultatieve prestatie in voor de medisch-specialistische zorg.¹⁹ Een dergelijke facultatieve prestatie biedt ruimte om (zonder strikte regels) zinvolle vormen van digitale zorg duurzaam op te schalen.
- ➔ Verken verdere mogelijkheden om de bekostiging van de medisch-specialistische zorg aan te passen, zoals ook recent voorgesteld door de NZa, zodanig dat het gebruik van digitale zorg wordt gestimuleerd en niet ontmoedigd.

¹⁹ Een facultatieve prestatie geeft een ziekenhuis en een zorgverzekeraar de mogelijkheid om een eigen prestatie vorm te geven. Dat biedt ruimte om vormen van innovatie en maatwerk mogelijk te maken die niet binnen de landelijk geldende declaratieregels passen. Zie <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/05/04/nza-stimuleert-maatwerk-en-innovatie-met-facultatieve-prestatie>.

- Verken de mogelijkheden om naar analogie hiervan ook in andere sectoren en domeinoverstijgend te werken met facultatieve prestaties.

Meer ruimte voor transformatie in contractafspraken

Verschillende geïnterviewden geven aan dat, zeker in de medisch-specialistische zorg, de wijze van contracteren en belonen ertoe leidt dat de productie van bestaande behandelingen en activiteiten leidend is. Aanbieders worden betaald voor iedere bestaande 'prestatie', veelal tot een bepaald plafond. Dit neemt ruimte in van mogelijke innovaties in zorgprocessen, zeker als die in staat zijn om kosten of werk te besparen. Dan hoeven er immers minder prestaties gedeclareerd te worden, en dat kost nu geld. Denk aan innovaties die kunnen helpen bij het verminderen van het aantal ziekenhuisbezoeken; die zijn in deze opzet niet lonend, terwijl ze wel potentie hebben om bij te dragen aan het arbeidsmarkttekort.

Dergelijke transformaties vragen vaak een langere adem en kunnen dus het beste worden opgepakt binnen meerjarige partnerships tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (RVS 2017b). We zien overigens al verschillende interessante voorbeelden op dit vlak die navolging verdienen. Zo sloten Zuyderland en CZ in 2019 een 10-jarig contract waarbinnen het ziekenhuis voor meerdere jaren verzekerd is van een vast bedrag (aanneemsom), onafhankelijk van de hoeveelheid geleverde zorg. Dit schept ruimte om te veranderen en zorg naar de thuissituatie te verplaatsen (zo is een grootschalig ehealth project opgestart).

Wat kan het ministerie van VWS doen?

- Deel actief voorbeelden van meerjarige financiële afspraken die meer ruimte bieden voor digitale zorg.
- Creëer transparantie of deze afspraken in de praktijk ook worden gemaakt, bijvoorbeeld via de bestaande monitors over contractering van de NZa.

Wat kunnen anderen doen?

- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders: zorg dat contractafspraken niet alleen gericht zijn op het belonen van bestaande prestaties. Creëer ruimte in meerjarige partnerships met passende financiële beloningen zoals aanneemsommen of shared savings afspraken. Maak in het opzetten van een meerjarige afspraak ook gebruik van innovaties die elders al bewezen zijn, zodat niet overal het wiel opnieuw wordt uitgevonden en datgene wordt ingezet dat voorhanden en bewezen is.
- IGJ: houd waar mogelijk de ruimte vast die ten tijde van corona in het toezicht op de kwaliteit van digitale zorg is geboden om – mits professioneel gefundeerd en onder adequaat toezicht – te kunnen blijven experimenteren met nieuwe vormen van digitale zorg op afstand.

5.4 Maak ook ruimte voor vernieuwende digitale vormen van zorgverlening

Ten tijde van corona is gebleken dat opschaling van digitale zorg vooral plaatsvindt vanuit bestaande zorgaanbieders. Op zichzelf is het heel mooi dat zij innoveren en dat zo nieuwe diensten of efficiëntere processen ontstaan. Toch blijkt het nog lastig om meer vernieuwende vormen van zorgverlening te ontwikkelen, zoals screening, onderlinge ondersteuning tussen burgers, triage of coaching (zie box). In veel sectoren en in andere landen blijkt dat dergelijke innovaties juist door nieuwe partijen worden aangezwengeld.

Voorbeelden van vernieuwende vormen van zorgverlening

De Raad ziet verschillende voorbeelden van beloftevolle, vernieuwende vormen van zorgverlening die nu nog slechts beperkt de kans krijgen hun waarde in de praktijk te bewijzen. Het gaat dan vooral om innovaties die de positie van (kwetsbare) burgers versterken *voordat* ze patiënt zijn of al in een bestaand behandeltraject zitten. Dit kunnen preventieve diensten zijn, maar ook diensten die contact tussen lotgenoten of mantelzorgers mogelijk maken, of die burgers helpen om de juiste keuzes te maken en bij het navigeren door het zorgsysteem. Te denken valt aan coaching door ervaren zorgverleners bij het maken van keuzes in de behandeling of het omgaan met ziekte, teleconsultaties, of *blended* triagediensten waarin digitale technologie zorgverleners helpt om mensen naar de juiste zorg of diensten te begeleiden.

In de huidige situatie is de ruimte voor deze en andere vernieuwende initiatieven beperkt. Ze vallen immers buiten de bestaande zorgstructuren waaraan bekostiging van zorg is gekoppeld. Het is bijvoorbeeld vaak onduidelijk onder welk kader deze innovaties vallen: ze kunnen niet zomaar vanuit de Zorgverzekeringwet

worden betaald. Daarmee is het lastig structurele bekostiging te krijgen, en bestaat het risico dat ze 'buiten de zorg' blijven en voor eigen rekening van burgers. Zo blijft hun waarde vaak onbewezen en hoeven zij zich ook niets gelegen te laten liggen aan relevante kwaliteits- en veiligheidseisen. Terwijl juist dergelijke vernieuwende diensten een bijdrage kunnen leveren aan de maatschappelijke waarden die de komende jaren bij digitale zorg centraal zouden moeten staan.

Daarom adviseert de Raad om dergelijke vernieuwende (deels) digitale diensten meer kans te geven om hun waarde in de zorg te bewijzen. Daarbij dient bij toelating duidelijk te zijn dat het gaat om innovaties die bijdragen aan de beoogde waarde van digitale zorg. En is het belangrijk scherp toe te zien en te evalueren of die beoogde bijdrage inderdaad in de praktijk blijkt.

De Raad is zich ervan bewust dat dit geen simpele opgave is. Onder welk wettelijk kader vallen nieuwe initiatieven? Hoe kan de kwaliteit worden geborgd? En hoe kunnen ze worden bekostigd? Ook de Raad heeft hierbij op dit moment nog geen pasklare antwoorden. Het zijn vragen die de komende tijd vooral nader uitgewerkt moeten worden door betrokken partijen. Daarbij is het beter meenemen van het perspectief van burgers, patiënten en mantelzorgers in het ontwikkelproces essentieel. Daarom pleit de Raad ook in dit kader voor investeren in onderzoek naar slimme manieren om patiënten en professionals in een proces van co-creatie te betrekken bij het ontwerpen, doorontwikkelen en evalueren van nieuwe toepassingen.

Wat kan het ministerie van VWS doen?

- Maak structurele en passende bekostiging mogelijk voor innovaties van onderop of van buiten die bijdragen aan maatschappelijke doelen van digitale zorg maar niet vallen binnen bestaande systemen. Bijvoorbeeld omdat ze puur preventief van aard zijn voor burgers die nog geen patiënt zijn en dus ook nog geen betaaltitel kennen.
- Faciliteer deze initiatieven eventueel op korte termijn door meer subsidiegelden gericht beschikbaar te stellen voor de opschaling van dergelijke nieuwe initiatieven. Dat kan bijvoorbeeld via 'durf-subsidies', waarbij bewezen waardevolle projecten achteraf een bijdrage in de kosten krijgen.
- Borg de betrokkenheid van patiënten en burgers bij de (door)ontwikkeling van nieuwe initiatieven in processen van co-creatie. Dat kan bijvoorbeeld door dit bij tijdelijke toelatingen binnen 'proeftuinen' of bij het verkrijgen van subsidies verplicht te stellen.

Wat kunnen andere partijen doen?

- IGJ: denk na over nieuwe vormen van toezicht die de nadruk leggen op scherp toezicht in de praktijk zodat van nieuwe diensten kan worden geleerd.
- Zorginstituut: werk onder heldere voorwaarden meer met het tijdelijk toelaten en onderzoeken van potentieel waardevolle innovaties in de vorm van 'living labs'. De waarde van innovatieve vormen van digitale zorg kan zo in de praktijk blijken. Dit past bij een recent plan van het Zorginstituut om de inzet van digitale zorg in de praktijk te stimuleren. Hier kan ook geleerd worden van voorbeelden uit het buitenland, zoals het Verenigd Koninkrijk²⁰ en Duitsland²¹.

5.5 Blijf actief leren en evalueren

De Raad benadrukt ten slotte dat het belangrijk is om continu kritisch te blijven op het nut van innovaties. De waarde van digitale toepassingen komt immers tot uiting in de praktijk. De ervaringen van de afgelopen maanden zijn niet eenduidig positief en de ervaring met vernieuwende zorgpraktijken is ook nu nog beperkt. Juist het grootschalig opdoen van ervaringen, zoals tijdens de coronacrisis, is cruciaal voor het kunnen evalueren, leren en verbeteren van vormen van digitale zorg. Het is dus belangrijk actief te blijven leren van nieuwe ervaringen en het perspectief van de patiënt daarbij niet uit het oog te verliezen.

²⁰ Hier kreeg bijvoorbeeld Babylon een huisartsenlicentie.

²¹ Hier krijgen nieuwe initiatieven een voorlopige toelating van 1 jaar om hun effectiviteit te kunnen bewijzen. Zie <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digital-healthcare-act.html>.

Bied ondersteuning bij gebruik

Een cruciale voorwaarde daarbij is dat patiënten voldoende ondersteuning krijgen om digitale (zorg)technologie in de praktijk te gebruiken, en daartoe ook worden uitgenodigd. Immers, de benodigde basis is zeker niet voor alle patiënten (en professionals) aanwezig. Niet iedereen heeft bijvoorbeeld de middelen om de benodigde technologie aan te schaffen, of heeft een rustige thuisomgeving of de benodigde kennis en vaardigheden om digitale technologie te gebruiken. Ook ten tijde van corona bleek dat voor veel mensen een belemmering te vormen voor (een prettige ervaring met) digitale zorg.

Wat kan het ministerie van VWS doen?

- ➔ Onderzoek of de benodigde randvoorwaarden aanwezig zijn voor burgers of patiënten om digitale zorg te ontvangen in het kader van hun zorgvraag, zoals via het ondersteunen van de aanschaf van de benodigde tools en apparatuur. Dat kan bijvoorbeeld door deze waar bewezen van meerwaarde op medisch voorschrift aftrekbaar te maken van de belasting of op een andere wijze vergoed te krijgen.

Wat kunnen andere partijen doen?

- ➔ Zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars: bied meer praktische ondersteuning, educatie en informatie aan patiënten als zij gebruik willen maken van nieuwe mogelijkheden voor digitale zorg. Bijvoorbeeld door apparatuur in bruikleen te geven of gebruik te kunnen maken van (persoonlijke) ondersteuning. Maar ook door hulp en ondersteuning bij digitale toepassingen onderdeel van het zorgaanbod te maken.
- ➔ Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten: benut de mogelijkheden om patiënten financieel voordeel te geven als zij gebruik maken van digitale zorg (zie ook RVS 2017a).

Belang van praktijkgericht onderzoek

Investeren in meer praktijkgericht onderzoek is van belang om te kunnen evalueren of en hoe digitale zorg waardevol is in termen van de geformuleerde doelstellingen. En om te voorkomen dat het wiel steeds opnieuw moet worden uitgevonden. Dan gaat het om het ophalen van ervaringen uit de praktijk vanuit de perspectieven van verschillende gebruikers, bijvoorbeeld in de vorm van living labs of actieonderzoek. Dergelijk onderzoek is in de ogen van de Raad geschikter om van te leren dan langjarige *randomized controlled trials* (vgl. RVS 2017c; Pols 2012). Die staan vanwege hun lange duur veelal haaks op de snelheid waarmee technologie zich ontwikkelt. Ook leveren ze niet de praktijkkennis op die nodig is om nieuwe technologie op een goede manier in te bedden in zorgprocessen en te waken voor onvoorziene of onwenselijke uitwerking in de praktijk. Er komt een getal uit over effectiviteit, maar we leren er niet van hoe de zorg moet worden ingericht om dat effect te behalen.

Uit onze gesprekken blijkt dat er vanuit universiteiten, hogescholen en andere kennisinstituten veel animo is om dit type onderzoek te doen. De financiering en organisatie van dit onderzoek blijkt echter nog steeds lastig en tijdrovend. De overheid, maar ook verzekeraars, kunnen een belangrijke rol spelen om dit onderzoek verder te stimuleren en ook in de toekomst vast te houden.

Vaardigheden voor een lerende praktijk

Ten slotte is het belangrijk dat professionals in de praktijk de benodigde vaardigheden ontwikkelen voor het werken met digitale zorg. Die vaardigheden gaan verder dan de technische skills of 'digivaardigheden' waarvoor de afgelopen jaren al veel aandacht was. Ook de afgelopen periode is gebleken dat het nog veel meer gaat om het bredere vaardigheden. Bijvoorbeeld om in te schatten of en hoe bepaalde digitale zorgvormen van waarde kunnen zijn voor specifieke patiënten(groepen), het gesprek aan te gaan met patiënten en hun naasten, dat te integreren in de ontwikkeling van nieuwe toepassingen, en ermee aan de slag te gaan. Een ander aspect is de vaardigheid om actief te evalueren of en hoe nieuwe toepassingen (al dan niet) van waarde kunnen zijn om de eigen praktijk of (zorg)organisatie te verbeteren: bereiken we wat we willen bereiken? Loopt het proces goed? Wat kan beter?

Om deze vaardigheden verder te ontwikkelen is het belangrijk dat zorgopleidingen meer recht doen aan deze belangrijke aspecten van werken in de zorg. Ook is nodig dat er ruimte en vertrouwen komt voor professionals

en patiënten om in de praktijk 'uit te dokteren' hoe digitale zorg op afstand op een betekenisvolle wijze ingebed kan worden in zorgpraktijken en in het dagelijks leven van patiënten.

Wat kan VWS doen?

- Besteed bij toekomstig arbeidsmarktbeleid aandacht aan de vaardigheden voor digitale zorg in brede zin en het belang van ICT'ers in toekomstige zorgprocessen.
- Stimuleer dat digitaal werken meer centraal onderdeel wordt van de curricula van zorgopleidingen.
- Maak gelden beschikbaar, bijvoorbeeld via ZonMw, om via praktijkonderzoek te leren en experimenteren met nieuwe vormen van digitale zorg op afstand.

Wat kunnen anderen doen?

- Zorginstituut: geef met beroepsgroepen actief vorm aan onderzoek dat de waarde van nieuwe vormen van digitale zorg in de praktijk (onder andere bij tijdelijke toelatingen) in beeld kan brengen.
- Universiteiten, hogescholen en mbo's: maak digitale vaardigheden in brede zin tot een centraal onderdeel van de curricula van zorgopleidingen en doe meer praktijkgericht onderzoek naar digitale zorg.

5.6 Ten slotte

De ervaringen van de coronacrisis zijn een enorme kans om de komende periode stappen te zetten naar een zinvolle inbedding en opschaling van digitale zorg in de zorgpraktijk. Het is belangrijk om niet ondoordacht terug te vallen in oude gewoonten. Maar ook niet alles wat de afgelopen periode is ontwikkeld, is het vasthouden waard. We zijn er dus nog niet. De nieuwe aanpak voor de overheid die de RVS in dit advies bepleit, richt zich op blijven voeden van het momentum van de afgelopen maanden tot een duurzame lerende praktijk. Dat vraagt richting bieden, faciliteren, ruimte geven en motiveren. En door het ook financieel lonend te maken om ermee aan de gang te blijven.

Bijlage 1 Beleid digitale zorg voor de coronacrisis

Het ministerie van VWS heeft de opschaling van digitale zorg de afgelopen jaren via verschillende wegen gestimuleerd (zie ook Algemene Rekenkamer 2020). Daarbij werkt zij actief samen met het veld. Bijvoorbeeld door het opnemen van het thema in uiteenlopende akkoorden, zoals Werken in de Zorg, Langer Thuis, Thuis in het Verpleeghuis, en in de verschillende hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg. Ook neemt zij op een aantal punten zelf de regie. Er zijn via een aantal regelingen financiële middelen beschikbaar gesteld om digitale zorg te stimuleren (zie box).²²

Over het beleid is in verschillende voortgangsrapportages verslag gedaan. Ook zijn de doelstellingen gemonitord door NICTIZ en Nivel. In de laatste voortgangsrapportage (Ministerie van VWS 2019) wordt de beleidsinzet van het ministerie van VWS ingedeeld langs twee lijnen: zorgen voor 'vruchtbare grond' en een 'gunstig klimaat'. Hieronder staat een kort overzicht van de belangrijkste beleidsinzet langs beide lijnen voor corona. Het beleid dat ten tijde van corona is ingezet is apart vermeld in hoofdstuk 3 van dit advies.

Vruchtbare grond: het faciliteren van de benodigde digitale infrastructuur

Met het bevorderen van vruchtbare grond voor digitale zorg doelt het ministerie van VWS op een digitale infrastructuur waarmee de noodzakelijke 'patiëntvolgendheid' van informatie mogelijk wordt gemaakt. De twee belangrijkste componenten daarin zijn het mogelijk maken van digitale informatie-uitwisseling (1) tussen zorgverleners (van verschillende organisaties) onderling en (2) tussen patiënten en hun zorgverleners.

Voor **het bevorderen van digitale informatie-uitwisseling tussen zorgverleners onderling** wordt gewerkt met verschillende versnellingsprogramma's met o.a. subsidies die zorgaanbieders kunnen gebruiken om de benodigde systemen en portalen te ontwikkelen. Daarnaast werkt het ministerie van VWS aan een wetsvoorstel dat digitale gegevensuitwisseling verplicht stelt voor een set van vier 'gegevensuitwisselingen' die een grote impact hebben en meerdere zorgsectoren omvatten. Ook ontwikkelt VWS een basisset informatie voor de acute zorg en voert zij de regie over de ontwikkeling van de technische standaarden waarlangs uitwisseling moet verlopen, zodat systemen technisch op elkaar kunnen worden aangesloten.

Voor **het bevorderen van digitale informatie-uitwisseling tussen patiënten en hun zorgverleners** staat de ontwikkeling van gecertificeerde persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) centraal via het programma MedMij. Om het gebruik ervan te stimuleren wordt een bewustwordingscampagne opgetuigd en is een gebruikersregeling opgezet, die ervoor zorgt dat iedere Nederlander kosteloos een PGO kan kiezen. Daarnaast wordt via verschillende versnellingsprogramma's de ontwikkeling van aanbiedergebonden patiëntomgevingen gestimuleerd.

Een gunstig klimaat: agenderen, stimuleren, ondersteunen en helpen van de praktijk

De tweede lijn in de beleidsinzet van het ministerie van VWS wordt gevormd door het bevorderen van een gunstig klimaat, zodat ook van de digitale infrastructuur gebruik wordt gemaakt. De afgelopen jaren is daarbinnen vooral ingezet op het stimuleren en enthousiasmeren van de praktijk om meer digitaal te gaan werken. In juni 2019 is het voornemen geuit daarnaast ook actief en praktijkgericht ondersteuning en hulp te bieden aan zorgaanbieders die hiermee aan de slag (willen) gaan. De focus ligt bij beiden op het opschalen van bestaande toepassingen voor digitale zorg.

²² https://www.zorgvannu.nl/sites/www.zorgvannu.nl/files/publicaties/regelingen_voor_extra_stimulering_van_digitale_zorg_april.pdf

Binnen deze lijn past bijvoorbeeld de **Stimuleringsregeling E-Health thuis (SET)** om zorgaanbieders subsidie te geven bij het in gebruik nemen en opschalen van digitale toepassingen, of om hierop een visie te vormen.

Gericht op **het ontwikkelen van innovatieve en digitale vaardigheden** ondersteunt VWS bijvoorbeeld de Health Innovation School en participeert zij in de Coalitie Digivaardig voor de Zorg. Vanuit deze coalitie is onder andere de kennissite www.digivaardigindezorg.nl landelijk beschikbaar gesteld.

Ook wordt via **communicatieprogramma's** het belang van digitale zorg onder de aandacht gebracht. Dat gebeurt onder andere via ZorgvanNu door middel van het organiseren van bijeenkomsten, inlooppunten op locatie en door het ontwikkelen van publieksversies van relevante beleidsdocumenten. Vanaf dit jaar zijn bestuurders uit de zorg als ambassadeur aan dit programma verbonden om hun vakgenoten te inspireren.

Het ministerie biedt ook **actieve praktijkondersteuning** via het platform Zorgvoorinnoveren, een samenwerkingsverband van VWS met ZonMw, de NZa en het Zorginstituut en de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland. Via dit platform worden vragen van zorgaanbieders beantwoord en kunnen zij worden gekoppeld aan innovatie- en opschalingscoaches.

Via breder **inkoop- en bekostigingsbeleid** wordt ten slotte geprobeerd om zorgaanbieders ook financieel te stimuleren om met digitale zorg aan de slag te gaan. Dat is onder andere gebeurd via de door de NZa ontwikkelde bekostigingswijzer voor de financiering van innovaties.

Ten slotte heeft de IGJ een **toetsingskader** innovatie en zorgvernieuwing opgesteld.

Financiële impuls voor inzet digitale zorg

Het ministerie van VWS biedt via verschillende stimulerings- en subsidieregelingen de mogelijkheid voor zorgaanbieders om gerichte financiële ondersteuning te verkrijgen voor activiteiten op het gebied van digitale zorg.²³

Regeling	Sector	Gericht op	Bedrag
Stimuleringsregeling E-Health thuis (SET)	Zorg thuis voor ouderen	Opschalen en borgen van bestaande e-healthoplossingen en het ontwikkelen visie op digitale zorg (PreSET).	90 mln. (2020) ²⁴
Transformatiegelden	MSZ	Initiatieven gericht op het verplaatsen, voorkomen en vervangen van ziekenhuiszorg, w.o. digitale zorg.	425 mln. (2019-2022)
Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	Ondersteuning bij inzet digitale technologie	15,5 mln. (2019-2022)
Implementatie- en opschalingscoaching	Zorgbreed	Ondersteuning bij implementatie- en opschalingsvraagstukken	1 mln.
Impulsfinanciering en gebruikersregeling ontwikkeling PGO's	Zorgbreed	Ontwikkeling en stimuleren gebruik PGO's	Impulsfinanciering: 4 mln. Gebruikersregeling: circa 6 mln.
Versnellingsprogramma's informatie-uitwisseling (VIPP)	MSZ (VIPP 1, 2, 5), GGZ (VIPP GGZ en GGZ Vrijgevestigden) geboortezorg (Babyconnect) huisartsen (OPEN) langdurige zorg (InZicht)	Patiënt digitaal en gestandaardiseerd toegang geven tot de eigen medische gegevens en gegevensuitwisseling tussen zorgverleners digitaliseren.	MSZ: 180 mln. GGZ: 50 mln. Geboortezorg: 15 mln. Huisartsen: 75 mln. LZ: 90 mln. Totaal: 375 mln.

²³ Ook via de aanvullende middelen voor de verpleeghuiszorg, de Subsidieregeling Veelbelovende zorg en de investeringsfondsen e-health in het kader van Seed capital kunnen middelen worden ingezet voor de ontwikkeling en opschaling van digitale zorg. Hierbij is echter geen specifiek bedrag vastgesteld of geoormerkt voor digitale zorg.

²⁴ Dit is dus exclusief de twee aanvullende regelingen die ten tijde van corona zijn opgezet.

Bijlage 2 Voorbeelden van digitale zorg ten tijde van corona

In deze bijlage schetsen we verschillende voorbeelden van de ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg ten tijde van corona – als achtergrond bij de belangrijkste bevindingen die wij in hoofdstuk 2 hebben opgenomen. Als gevolg van de beperkende maatregelen rondom de coronacrisis nam het gebruik van verschillende vormen van digitale zorg toe. Daarbij viel op dat voornamelijk het gebruik van bestaande digitale toepassingen, zoals beeldbellen en telebegeleiding veelvuldig gebruikt werden. Daarnaast zagen er ook specifieke innovaties het licht die te maken hadden met de uitbraak van het coronavirus.

Beeldbellen

In sectoren zoals de medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg, GGZ en langdurige zorg zijn verschillende voorbeelden te noemen, waaruit blijkt dat het gebruik van beeldbellen sterk is toegenomen.

- Zo deden verschillende ziekenhuizen, zoals het Ommelander Ziekenhuis en de Bravis Ziekenhuizen positieve ervaringen op met beeldbellen. Deze ervaringen willen zij vasthouden richting de toekomst, door de mogelijkheid tot beeldbellen te blijven aanbieden voor patiënten.
- In de GGZ zijn ook veel instellingen tijdens de coronacrisis overgestapt op beeldbellen. De ervaringen hiermee lijken sterk te verschillen. Waar een onderzoek van het UMC Utrecht laat zien dat 592 bevraagde psychologen en psychiaters erg negatief zijn over het gebruik van beeldbellen, zijn er ook instellingen met positieve ervaringen. Zo gaf het Helen Dowling Instituut aan dat 71% van de patiënten (deels) wil blijven beeldbellen, ook na de coronacrisis. Ook in de gesprekken die de RVS voerde werden de gemengde ervaringen met beeldbellen in de GGZ bevestigd.
- In de huisartsenzorg is het gebruik van beeldbellen massaal gestegen. Onderzoek van het Nivel laat zien dat 64% van de ondervraagde huisartsen voor het eerst is gaan beeldbellen met patiënten.²⁵ Bovendien willen veel huisartsen (58%) het gebruik van beeldbellen behouden in de toekomst.²⁶

Telebegeleiding

Telebegeleiding wordt op dit moment vooral toegepast bij chronische aandoeningen zoals COPD, diabetes en hartfalen. Verschillende ziekenhuizen die er al actief mee bezig waren, zoals Tergooi, Isala, Alrijne en het Maastricht UMC+, hebben het gebruik van telebegeleiding tijdens de coronacrisis verder opgeschaald.

- Zo heeft het MUMC tijdens de coronacrisis aan alle hartfalen-patiënten gevraagd of zij gebruik wilden maken van telebegeleiding. Daarbij worden patiënten begeleid en gemonitord door professionals uit het Maastricht UMC+, zonder dat ze daarvoor naar de polikliniek hoeven te komen.
- Een ander interessante voorbeeld betreft het ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede dat de telebegeleiding van COPD en chronisch hartfalen patiënten heeft uitbesteed aan medisch servicecentrum NAAST. Patiënten voeren regelmatig een vragenlijst en doen zelfmetingen. Zorgprofessionals van het medisch servicecentrum bekijken vervolgens of het nodig is dat een patiënt gezien moet worden door een medisch specialist in het ziekenhuis. Eerder moesten patiënten maandelijks op controle, nu is dat niet meer nodig.
- Het Slingelandziekenhuis heeft een project met continue monitoring ten tijde van corona versneld ingevoerd.²⁷
- Ook in het OLVG is het gebruik van telebegeleiding toegenomen ten tijde van de coronacrisis. Niet alleen de Corona Check App werd in gebruik genomen. Ook de OLVG Hartcentrum app, waarbij patiënten via periodieke doorgeven hoe het met hen gaat, is veelvuldig gebruikt tijdens de

²⁵ <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/toename-gebruik-e-health-de-huisartsenpraktijk-tijdens-coronapandemie-organisatie-van>

²⁶ <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/huisartsenpraktijken-willen-ook-na-corona-standaard-zorg-op-afstand-kunnen-aanbieden>

²⁷ <https://www.ascom.com/nl/news-and-events/ref-cases/customer-stories/monitoring-slingeland-ziekenhuis.html>

coronacrisis. Ook het aantal mensen met COPD dat gebruik maakt van een digitale coach is gegroeid.²⁸

Digitale zorg in de huisartsenpraktijk

Het Nivel heeft in de afgelopen periode onderzoek gedaan naar digitale zorg in de huisartsenpraktijk ten tijde van corona.²⁹ Daarbij viel vooral het gestegen gebruik van beeldbellen op. Veel huisartsen gebruikten deze toepassing al, maar 68% gaf aan dit vaker te doen ten opzichte van voor corona. Een aanzienlijk kleiner deel van de huisartsen is overgestapt op telebegeleiding (5%) of heeft het gebruik ervan geïntensiveerd ten opzichte van voor corona (13%). In vervolgonderzoek laat het Nivel ook zien dat 90% van de ondervraagde huisartsen het gebruik van digitale zorg wil behouden. 48% van de huisartsen ziet de andere organisatie van het werk door bijvoorbeeld digitale triage en digitaal aanvragen en verwijzen als een positieve ontwikkeling die behouden moet blijven. We zien ook interessante voorbeelden van digitale triage in de huisartsenpraktijk, zoals bijvoorbeeld bij huisartsenpost Eemland. Inwoners in die regio kunnen via het digitale consult triage en anamnesevragen beantwoorden die door huisartsen (posten) beoordeeld wordt. Voor zover bekend zijn er geen landelijke cijfers over het gebruik van dergelijke toepassingen in de huisartsenpraktijk. De opschaling ervan lijkt ten tijde van corona slechts heel beperkt te hebben plaatsgevonden. Wel is het gebruik van landelijk platform thuisarts.nl zeker in de eerste weken van de coronacrisis sterk gestegen.

Vernieuwende vormen van zorg

In de afgelopen periode hebben verschillende vernieuwende vormen van digitale zorg het licht gezien. Zo startte het Diaconessenhuis in Utrecht startte met een virtueel revalidatieprogramma voor corona patiënten. Patiënten kunnen via een VR-bril een andere omgeving binnen treden, met als doel hersenen te prikkelen en herstel te bevorderen.³⁰ Andere voorbeelden hebben meer betrekking op contact tussen coronapatiënten of tussen corona patiënt en zorgverlener. Het longfonds startte bijvoorbeeld een digitaal platform voor mensen met longklachten als gevolg van het coronavirus om vragen te stellen en ervaringen te delen.³¹ Ook is lokaal gebruik gemaakt van kunstmatige intelligentie, zodat oudere cliënten via een 'digital human' (Wendy) vragen over corona-maatregelen beantwoord konden krijgen.³² En het LUMC ontwikkelde een specifieke 'covid-box' voor thuismonitoring door coronapatiënten met (nog) milde klachten.³³ In het UMC Utrecht werd gewerkt met een slimme pleister op de borst van COVID-patiënten waarmee verpleegkundigen op afstand onder andere hartslag en ademprequentie in de gaten konden houden.³⁴

Ook voorbeelden van geen vervangende digitale zorg

Er zijn ook voorbeelden van zorg die niet door digitale zorg kon worden vervangen en is stopgezet. Zo stelde Gupta Strategists (2020) dat er sprake is van een dreigend 'stuwmeer' van uitgestelde zorg, en lieten antropologen van de UvA met hun onderzoek zien dat het stopzetten van zorg de kwaliteit van leven van kwetsbare groepen zoals eenzame ouderen en daklozen ernstig schaadt³⁵. Tegelijkertijd pleitten onderzoekers er ook voor om kritisch te kijken naar de specifieke gevolgen van het stopzetten van zorg: waar is het gebruik van zorg gepast, en waar was het wellicht al wel overbodig?³⁶

²⁸ <https://www.olvg.nl/nieuws/al-bijna-650-copd-patienten-van-olvg-krijgen-nu-thuis-ondersteuning-met-digitale-coach>

²⁹ <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/toename-gebruik-e-health-de-huisartsenpraktijk-tijdens-coronapandemie-organisatie-van-https://www.nivel.nl/nl/nieuws/huisartsenpraktijken-willen-ook-na-corona-standaard-zorg-op-afstand-kunnen-aanbieden>

³⁰ <https://www.skpr.nl/nieuws/diakonessenhuis-start-virtueel-revalidatieprogramma-voor-coronapatienten/>

³¹ <https://www.skpr.nl/nieuws/digitaal-platform-voor-mensen-met-longklachten-door-coronavirus/>

³² <https://www.smarthealth.nl/2020/05/28/digitale-collega-wendy-kan-patienten-bij-omring-informereren-over-covid-19/>

³³ <https://www.lumc.nl/over-het-lumc/nieuws/2020/April/thuismonitoring-covidbox/>

³⁴ <https://www.umcutrecht.nl/nieuws/via-slimme-pleister-covid-patient-continu-monitoren>

³⁵ <https://www.parool.nl/amsterdam/uva-onderzoekers-zorg-krijgen-tijdens-lockdown-lastig-voor-nieuwe-gevallen-b21eca46/>

³⁶ <https://www.pw.nl/nieuws/2020/nza-we-moeten-alleen-betalen-voor-zinnige-zorg-https://www.parool.nl/nederland/het-ziekenhuis-zal-na-corona-nooit-meer-hetzelfde-zijn-be6361de3/>

Geraadpleegde personen

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. Onze gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Kirsten Aben	SBOH
Joost Adams	Actiz
Claudi Bockting	Universiteit van Amsterdam
Godfried Bogaerts	BeterDichtbij
Antoinette de Bont	Erasmus Universiteit
Paul Bresser	OLVG
Jos Brinkmann	GGZ NHN
Niels Chavannes	LUMC
Bernard Creutzburg	Nederlandse Zorgautoriteit
Jaco van Duivenboden	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Tom Faber	Isala
Nicole Goedhart	Vrije Universiteit
Fenna Heyning	STZ
Menno Jansen	CZ
Dianne Jaspers	Huisartsenpost Eemland
Karin Jongasma	UMCU
Ed de Kluiver	Isala
Alice Lamain	ZonMw
Marcel van der Linde	Nederlandse Vereniging van Cardiologie
Michiel Menkveld	Wilhelmina Ziekenhuis
Greet Prins	Philadelphia
Marijke van Putten	GGZ NHN
Jan Ramakers	Sananet
Guido Reuvers	Zorgverzekeraars Nederland
Wessel van Rietschoten	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Laurens Rijpstra	Patiëntenfederatie Nederland
Heleen Riper	Vrije Universiteit Amsterdam
Mesut Savas	ErasmusMC
Marit Tanke	VGZ
Jan Tebbens	Menzis
Bart Timmers	Groepspraktijk Huisartsen Bergh
Lilian van Tuyl	Nivel
Thijs Vieleers	HotelSpecials
Gerwin Vis	Aafje zorg
Eveline Wouters	Tilburg University
Raoul Zaal	FocusCura

Voor dit advies is ook dankbaar gebruik gemaakt van de denkkraft van VeRS, het talentennetwerk van de RVS. Zij hebben inbreng geleverd tijdens een digitale bijeenkomst op 20 mei 2020.

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2020). *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2019 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Gupta Strategists (2020). *In de slipstream van corona: een secundaire crisis in de zorg*. Geraadpleegd via <https://gupta-strategists.nl/storage/files/Gupta-Strategists-In-de-slipstream-van-de-coronacrisis.pdf>

Ministerie van VWS (2014). *Ehealth en zorgverbetering*. Brief aan de Tweede Kamer, 2 juli 2014, Kamerstukken II 2013/2014, 27529, nr. 130.

Ministerie van VWS (2019). *Kamerbrief over Voortgangsrapportage Innovatie & Zorgvernieuwing*. Brief aan de Tweede Kamer, Kamerstukken II 2018/2019, 27529, nr. 184.

NZa (2019). *Informatiekaart consulten op afstand*. Geraadpleegd op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_297293_22/1/

NZa (2019). *NZa specials: Innovatieve contracten binnen de msz*. Geraadpleegd via <https://magazines.nza.nl/nza-specials/2019/01/index>

NZa (2020). *Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Patiëntenfederatie Nederland (2020a). *Uitgestelde en afgezegde afspraken behandeling of onderzoek. Flitspeiling*. Utrecht: PFNL.

Patiëntenfederatie Nederland (2020b). *Uitstel geplande zorg door de coronacrisis. Flitspeiling deel 2*. Utrecht: PFNL.

Pols, J. (2012). *Care at a Distance: On the Closeness of Technology*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

RIVM (2020). *Verkenning e-healthmonitor: de digitale transitie in de zorg in beeld*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RVS (2017a). *Implementatie van ehealth vraagt durf en ruimte*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017b). *Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017c). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2019a). *Waarde(n)volle zorgtechnologie. Een verkennend advies over de kansen en risico's van kunstmatige intelligentie in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2019b). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2020). *(Samen)leven is meer dan overleven. Breder kijken en kiezen in tijden van corona*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

SER (2020). *Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg*. Den Haag: Sociaal-economische raad.

Tuyl, L. van, R. Batenburg, J. Keuper, M. Meurs & R. Friele (2020). *Toename gebruik ehealth in de huisartsenpraktijk tijdens de coronapandemie. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd*. Utrecht: Nivel.

Vries, D. de, J. Pols (2020). *Effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

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

Vorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit raadsleden Daan Dohmen en Jeannette Pols, en adviseurs Evert Schot, Jan-Luuk Hoff en Richard Heijink.

Publicaties

Van deelbelangen naar gedeeld belang. Een handreiking voor regie op toegankelijke acute zorg
Advies, nummer 20-05, juni 2020

(Samen)leven is meer dan overleven
Advies, nummer 20-04, mei 2020

Herstel begint met een thuis. Dakloosheid voorkomen en verminderen
Advies, nummer 20-03, april 2020

Werkagenda 2020-2024
Publicatie, nummer 20-02, januari 2020

De derde levensfase. Het geschenk van de eeuw.
Advies, nummer 20-01, januari 2020.

Complexe problemen, eenvoudige toegang. Botsende waarden bewuster afwegen.
Essay, nummer 19-05, december 2019.

Intensieve vrijwillige hulp. Heldere grenzen aan drang in de jeugdhulp.
Advies, nummer 19-04, november 2019.

De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige Wet BIG.
Advies, nummer 19-03, oktober 2019.

Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg.
Advies, nummer 19-02, mei 2019.

Waarde(n)volle zorgtechnologie. Een verkennend advies over de kansen en risico's van kunstmatige intelligentie in de zorg.
Advies, nummer 19-01, februari 2019.

Goed leven.
Bundel, nummer 18-05, december 2018.

Plezier in bewegen.
Advies, september 2018.

Over bezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen.
Essay, nummer 18-04, juli 2018.

Leeftijdsgrenzen. Beter kansen voor kwetsbare jongeren.
Advies, nummer 18-03, juni 2018.

WHO CARES. Ontwerpprijsvraag voor nieuwe vormen van wonen, zorg en ondersteuning.
Briefadvies, nummer 18-02, maart 2018.

Gezien en gehoord. 17.000 ervaringen met zorg en hulp.
Essay, nummer 18-01, februari 2018.

De wereld thuis. Zeven beeldverhalen.
Bundel, nummer 17-12, december 2017.

Ontwikkeling nieuwe geneesmiddelen. Beter, sneller, goedkoper.
Advies, nummer 17-10, november 2017.

Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen.
Advies, nummer 17-09, oktober 2017.

Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop.
Advies, nummer 17-08, oktober 2017.

De vele kanten van eenzaamheid.
Verkenning, nummer 17-07, juli 2017.

Eenvoud loont. Oplossingen om schulden te voorkomen.
Advies, nummer 17-06, juni 2017.

Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.
Advies, nummer 17-05, juni 2017.

De Zorgagenda voor een gezonde samenleving.
Publicatie, nummer 17-04, april 2017.

Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen.
Advies, nummer 17-03, maart 2017.

Inkoop safari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop.
Verkenning, nummer 17-02, februari 2017.

Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte.
Briefadvies, nummer 17-01, januari 2017.

Wat ik met Kerst mis. Een bundel met wisselende perspectieven over eenzaamheid.
Bundel, nummer 16-04, december 2016.

Grensconflicten. Toegang tot sociale voorzieningen voor vluchtelingen.
Essay, nummer 16-03, oktober 2016.

Een gedurfde ambitie. Veelzijdig samenwerken met kind en gezin.
Advies, nummer 16-02, mei 2016.

Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit.
Advies, nummer 16-01, april 2016.

Wisseling van perspectief. De werkagenda van de RVS.
Publicatie, nummer 15-01, december 2015.

Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving



