



## Vervolgstappen digitale zorg: behoeften van experts uit de praktijk

Digitale dialoog van RVS, NZa en ZIN

Op 3 december 2020 gingen de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (ZIN) met 90 experts binnen de (digitale) zorg in gesprek over de verdere stappen in het gebruik en de ontwikkeling van digitale zorg na de coronacrisis. Deze digitale dialoog organiseerden wij als vervolg op onze recente adviezen over digitale zorg. Om zo verdere invulling te geven aan onze adviezen en VWS te helpen deze gericht in de praktijk te brengen. De deelnemerslijst bestond onder andere uit vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, van toezichthouders, hoogleraren, zorginkopers, patiëntenvertegenwoordigers, zorginnovators en zorgverleners.

Na een korte introductie door Jet Bussemaker (voorzitter RVS), Marian Kaljouw, (bestuursvoorzitter NZa) en Tiana van Grinsven (bestuurslid ZIN) spraken we met de deelnemers over de aanbevelingen van onze drie organisaties. In deze discussie wilden we vooral horen: wat heeft ú als expert uit de praktijk nodig om digitale zorg te kunnen ontwikkelen of inzetten als waardevolle zorg? Ook vroegen

we de deelnemers wat er al goed gaat en wat we hiervan kunnen leren.

### Bijdrage VWS

Gelle Klein Ikkink (programmadirecteur Innovatie en Zorgvernieuwing ministerie VWS) deelde allereerst de huidige prioriteiten en aandachtspunten van VWS. Een eerste aandachtspunt is de betaalbaarheid van zorg. De zorguitgaven

van het huidige kabinet zijn enorm hoog, ook tijdens de periode voor de coronacrisis. Een nog groter aandachtspunt is het toekomstige arbeidsmarkttekort: als we doorgaan zoals we nu doen, moet in 2040 één op de vier in de zorg werken om aan de zorgvraag te kunnen voldoen, waar dat nu één op de zeven is. Dit vraagt om een structurele transformatie. Tijdens de coronacrisis bleken beeldbellen en chatten met zorgverleners mogelijk. Belangrijk dat dit nu kan, maar Klein Ikkink benadrukte ook de noodzaak om de zorg écht anders te organiseren. Om het sociaal te innoveren, ondersteund door digitalisering. Dit is een jarenlange transformatie, daarom moeten we vandaag nog beginnen.

VWS ondersteunt de conclusies van de adviezen van de RVS, NZa en ZIN: meer ruimte voor nieuwe initiatieven, voor nieuwe vormen van bekostiging, meer aandacht voor de patiënt, het stellen van ambitieuze en bredere maatschappelijke doelstellingen. Minister Van Ark voor Medische Zorg en Sport heeft al bekend gemaakt dat maatschappelijke doelstellingen, zoals geïdentificeerd in het RVS advies, centraal zullen staan in de nieuwe e-healthmonitor 2021-2023. Het doel van de monitor is het in kaart brengen van de inzet van e-health en leren over hoe e-health toepassingen kunnen worden gestimuleerd. Het wordt uitgevoerd als een lerende evaluatie.

### **Discussiesessies 'Bekostiging' en 'Lerende praktijk'**

De twee centrale onderwerpen van de digitale dialoog waren 'Bekostiging' en 'Lerende praktijk' van digitale zorg. Deze twee onderwerpen zijn in afzonderlijke discussiesessies met de deelnemers besproken. We vroegen de deelnemers naar hun visie op de door ons gepresenteerde aanbevelingen: wat moet VWS prioriteren, en hebben zij nog meer nodig? Ook vroegen we de deelnemers naar goede voorbeelden, om zo van elkaar te kunnen leren. De input is ingedeeld in nieuwe aanbevelingen voor VWS.

### **Aanbevelingen discussiesessie bekostiging**

Passende bekostiging is nodig om passend gebruik van digitale zorg mogelijk te maken. Met dit doel heeft de NZa tijdens de coronacrisis een aantal landelijke regels in de bekostiging aangepast. Bijvoorbeeld, een eerste consult met een medisch specialist hoeft inmiddels niet meer *face-to-face* plaats te vinden, maar kan ook digitaal. Deze aanpassingen zijn inmiddels ook definitief overgenomen in de regelgeving van de NZa.

Tijdens deze deelsessie bespraken we met deelnemers welke stappen nog meer moeten worden gezet om het bekostigen van passende digitale zorg te faciliteren, en door wie? Want naast de NZa is hier ook een rol te spelen voor de zorgverzekeraars en wellicht andere financiers. Het antwoord hierop blijkt niet eenvoudig, maar de volgende tips – in willekeurige volgorde - werden in ieder geval meegegeven:

#### **1. Evalueren van aanpassingen in regelgeving is nodig; niet iedere sector staat er hetzelfde voor**

Dianne Jaspers (Huisartsen Eemland) hield een korte presentatie over haar ervaring als huisarts met een specifieke aanpassing in de huisartsenpost (HDS)-regelgeving. Om, net als de huisartsenbekostiging, consulten medium-onafhankelijk te maken, is het telefonisch consult vervangen door het triageconsult. Haar HDS werkt met een digitaal platform (spreekuur.nl), via waar contact plaats kan vinden met patiënten, voordat zij de huisartsenpost willen bezoeken. Het triageconsult lijkt voor de patiënt erg waardevol, omdat zo'n 60% van de fysieke consulten wordt voorkomen. Tegelijk vertelt Dianne dat het lastig is goed in te schatten wanneer iets een triage- of regulier consult is. Daarnaast is het contract met de zorgverzekeraar nog niet aangepast op de werkwijze die zij nu gebruiken met spreekuur.nl. NZa zal met collega's bekijken of duidelijkere informatie over de HDS-bekostiging nodig is, in gesprek met branchevereniging InEen.

Uit de discussie blijkt verder dat er *belangrijke verschillen zijn tussen sectoren*. Zo lijken er in de ANW-zorg geen bekostigings-belemmeringen te worden ervaren, omdat zij veelal met vast gestelde budgetten werken. Ook in de reguliere huisartsenzorg werkt een en ander anders, omdat zowel digitale als fysieke consulten uit dezelfde prestatie kunnen worden betaald.

## 2. Maak (domeinoverstijgende) veranderingen lonend

Hoe maken we het gebruik van digitale zorg lonend? Kan een andere sector zoals het bankwezen als voorbeeld dienen? Immers, die sector lijkt, ten opzichte van de zorg, verder te zijn in het doorvoeren van digitalisering en veranderen van werkwijzen. Die ontwikkeling is vanuit de sector zelf gekomen, met hulp van alle digitale ontwikkelingen. Groot verschil met hoe de zorg nu is ingericht, is echter dat banken zelf de revenuen van deze veranderingen ontvangen. In de zorg werkt dit anders, en kunnen aanbieders zichzelf zelfs in de vingers snijden wanneer digitale zorg leidt tot minder zorggebruik binnen de eigen organisatie. Veel productie wordt nu namelijk afgerekend als gevolg van handelingen (veelal p\*q, arbeid). Dit is problematisch omdat veel digitale zorg (en preventie) juist als doel heeft om minder handelingen te verrichten. Het gevolg is dat een ziekenhuis minder kan declareren maar wel de kosten voor de digitale zorg heeft.

Hiermee onderschrijven de deelnemers de adviezen van RVS en NZa waarin wordt aangegeven dat beloningsmodellen, denk bijvoorbeeld aan shared savings, nodig zijn om digitalisering lonend te maken. Het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om dergelijke afspraken te maken. De domeinoverstijgende facultatieve prestatie, die de NZa in 2021 gaat onderzoeken, kan hier mogelijk een bijdrage aan leveren. Een dergelijke facultatieve prestatie kan lokaal maatwerk om over de domeinen samen te werken een stuk eenvoudiger maken.

## 3. Rol van andere financiers

Vanuit het bankwezen wordt met grote interesse gekeken naar de ontwikkelingen in de zorg op het vlak van digitalisering. Als financiers van zorginstellingen maken banken zich zorgen over het lage rendement van zorginstellingen en daarmee de houdbaarheid van huidige zorgorganisaties naar de toekomst toe. Zij hechten daarmee ook veel waarde aan het opschalen en uitbreiden van digitalisering en kijken daar in de beoordeling van zorginstellingen ook naar.

### Aanbevelingen discussiesessie lerende praktijk

Een lerende praktijk betekent (kunnen) blijven leren en verbeteren van digitale zorg op basis van de ervaring die ermee wordt opgedaan. Dat vraagt dus na de coronacrisis niet alleen blijven doen, maar ook actief blijven leren en verbeteren. Dat gaat niet vanzelf.

Deelnemers herkenden die opgave. Ze gaven aan hoe goede digitale zorg 'waardengedreven' is en moet inspelen op de behoeften van zorgorganisaties, zorgverleners en patiënten. Dat is nu geen gegeven. Zij ervaren vooral een stimulus om snel 'digitaal te gaan', door nieuwe digitale toepassingen te ontwikkelen of te gaan gebruiken. Dat heeft geleid tot 'een wildgroei aan apps'. Het overzicht over wat er is raakt verloren, de waarde of toepasbaarheid ervan voor de eigen situatie is vaak niet duidelijk en de onderlinge aansluiting of 'interoperabiliteit' raakt verloren.

Om deze opgave het hoofd te bieden kwamen vier thema's uit de dialoog tussen de deelnemers:

#### 1. Het belang van goed onderzoek en beter bewijs

De deelnemers hebben behoefte aan een beter beeld van de waarde van digitale toepassingen: 'wat levert het wanneer op en voor wie?'. Dat inzicht is belangrijk om draagvlak te verwerven en weerstand het hoofd te bieden. Belangrijk onderdeel is dus wat het oplevert voor zorgverleners en

cliënten, naast algemene effecten op het gebied van 'kwaliteit' en 'kosteneffectiviteit'.

Sommige deelnemers pleiten specifiek voor betere 'evidence aan de voorkant'. Zo wordt de suggestie gedaan van een 'landelijk onafhankelijk toetsingsorgaan', dat op basis van vaste criteria toetst of nieuwe toepassingen van waarde zijn. Andere deelnemers pleiten vooral voor beter onderzoek in de praktijk. 'Het onderscheid tussen onderzoek en praktijk is een hardnekkige silo': inzicht in de waarde van digitale zorg ontstaat immers pas in de praktijk.

Een van de deelnemers noemt het voorbeeld van een evaluatie van het gebruik van de app Facetalk in de praktijk. Daaruit blijkt dat er nogal wat beperkingen zijn bij patiënten waar je van tevoren niet aan denkt: zorg leveren aan kinderen met een flinke handicap vraagt van ouders veel als ze én op de telefoon/computer moeten letten én op de veiligheid van het kind of het kind moeten helpen bij de oefeningen. Weet je dat, dan kun je daar bij nadenken over verbeteringen op inspelen.

Het bepalen van die waarde in de praktijk gaat niet vanzelf en kan intensief zijn. Deelnemers pleiten daarom voor de oprichting van meer *living labs*, en meer te doen met de ervaringen (positief én negatief) van gebruikers. Ook van de informatie die wordt verkregen via het gebruik van digitale toepassingen. Het zou goed zijn als inkopers en toezichthouders zulke inzichten centraler stellen bij oordelen over digitale zorg.

## **2. Actiever betrekken van gebruikers bij ontwikkel- en verbeterproces**

Deelnemers geven aan hoe veel toepassingen nog 'los van de praktijk' worden ontwikkeld. Daardoor bestaat niet alleen het risico dat toepassingen niet voor iedereen goed werken, zeker voor gebruikers die niet de benodigde middelen, ruimte of vaardigheden hebben. Het creëert ook onnodig weerstand en angst.

Oog voor een betere aansluiting tussen toepassingen en gebruikspraktijk werkt twee kanten op. Aan de ene kant vraagt dit om betere voorlichting richting gebruikers over wat er kan en hoe ze werken. Maar aan de andere kant pleiten deelnemers vooral voor het beter betrekken van gebruikers (patiënten, mantelzorgers én zorgverleners) bij het ontwikkelen, toetsen en verbeteren van nieuwe toepassingen. Sommigen pleiten er zelfs voor dat het borgen van hun deelname hierbij een verplichting moet zijn voor nieuwe toepassingen. Ook geven ze suggesties hoe het slim kan, bijvoorbeeld via *gamification* en *blended learning*. Knelpunt is wel dat het geld kost om dit proces goed in te richten. Daar zou dus ook bij investering en bekostiging beter rekening mee moeten worden gehouden. Want het levert ook voordelen op in toegevoegde waarde en opschaling, bijvoorbeeld via een ambassadeursrol door betrokkenen.

## **3. Meer mogelijkheden om van elkaar te kunnen leren**

Er is onder de deelnemers een grote wens om beter van elkaar te leren. 'Nu doet iedereen zijn eigen projectje en gebeurt er onnodig op veel plaatsen hetzelfde'. De vele lokale initiatieven gaan voor een groot deel langs elkaar heen. Dat is zonde. Deelnemers noemen voorbeelden waar ervaringsdeskundigen nieuwe gebruikers van digitale zorg helpen.

Deelnemers pleiten er dan ook voor dat er meer werk wordt gemaakt van het faciliteren van samenwerking om lessen, ervaringen en mooie voorbeelden te delen, en om elkaar te helpen bij het integreren van nieuwe digitale toepassingen in hun zorgprocessen. Een 'landelijke bibliotheek' die niet alleen overzicht geeft van beschikbare toepassingen, maar ook van de lokaal opgedane ervaringen ermee, zou helpen. Ook zorgverzekeraars kunnen hierbij een actievere rol spelen.

## **4. Aandacht voor proces van transformatie en inbedding**

Deelnemers wijzen erop dat digitale zorg meer is dan een technische toepassing

alleen. Het vraagt echt een 'transformatie': je moet anders gaan werken en de rollen van zorgverlener en patiënt gaan er anders uitzien. Zo'n verandering vraagt tijd en aandacht, je moet 'ontdekken hoe het werkt' en je moet uiteindelijk iedereen meekrijgen. Gemene deler in de dialoog is dat investeringen aan de voorkant van waarde zijn na verloop van tijd. Om met alle betrokkenen eerst stil te staan bij doelen en verwachtingen, en bij de effecten voor werkprocessen en benodigde randvoorwaarden. Het gaat om 'mèt elkaar transformeren, niet alleen digitaliseren'.

Deelnemers inspireren elkaar zo over hoe zij dit proces kunnen inrichten. Daarbij blijkt ook wat hen daarbij zou kunnen helpen: ruimte om dit gesprek te kunnen voeren. Bijvoorbeeld door andere subsidievoorwaarden, waarbij (snelle) digitalisering an sich niet zozeer het doel is. Of andere vormen van financiering die niet zo sterk verbonden zijn aan (snelle) opschaling van het gebruik.

Kijk [hier](#) de afsluiting van de digitale dialoog terug.

### **Adviezen**

De adviezen naar aanleiding waarvan we deze digitale dialoog organiseerden zijn:

- RVS – [Zorg op afstand dichterbij? Digitale zorg na de coronacrisis](#)
- NZa – [Stimuleren van passende zorg en digitale zorg](#)
- ZIN – [Digitaal waar mogelijk en wenselijk](#)
- NZa en ZIN: [Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu](#)