

DIGITALISERING IN DE GEZONDHEIDSZORG NADER BESCHOUWD

AANBEVELINGEN

LOPEND BELEID EN INITIATIEVEN

GAP-ANALYSE

15 APRIL 2022

Auteurs:

Prof. dr. Lisette van Gemert-Pijnen

Prof. dr ir Bart Nieuwenhuis

Inleiding

Dit document presenteert een overzicht gebaseerd op de Samenvatting en het Eindrapport *Digitalisering in de Gezondheidszorg Nader Beschouwd*. De eerste kolom bevatten de conclusies en de aanbevelingen gebaseerd op het onderzoek. De tweede kolom geeft het lopend beleid en interventies weer die in de literatuurstudie zijn aangetroffen, aangevuld met recente kamerstukken. Dat is echter niet uitputtend. De derde kolom is de gap-analyse gebaseerd op de literatuurstudie, veldstudie en de respons van de klankbordgroep hierop alsmede een reflectie hierop. De derde kolom koppelt deze gap-analyse aan de aanbevelingen in eerste kolom.

Aanbevelingen per thema	Beleid en interventies (lopende initiatieven)	Gap analyse
<p>Formuleer Beleid & Regie digitale zorg Visie, beleid en doelen nodig voor effectieve, haalbare en zinvolle digitalisering, gericht op transitie van zorgprocessen en tekorten op arbeidsmarkt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. creëer scenario's gericht op het creëren van vertrouwen 2. benoem capaciteiten en digitale profielen voor zorgverleners en behandelaren 3. benoem sleutelfactoren voor succesvolle inzet van digitalisering 4. benoem inhoudelijke prioriteiten waar digitale zorg aan zou moeten bijdragen 5. geef richtlijnen voor vroegtijdig en continue monitoring en registratie bij interventies 6. formuleer prioriteiten voor maatschappelijke en sociale thema's met digitalisering in de zorg 7. stel kaders voor ontwikkeling van infrastructuur die digitale zorg ondersteunt 8. communiceer helder en praktijkgericht 9. leer van gidslanden 	<p>Initiatieven gericht op verbetering van zorg (juiste zorg op juiste plek, zie ook kamerbrief over hoofdlijnenbrief VWS) bieden aanknopingspunten voor beleid en regelgeving digitalisering. Daarbij is aansluiting op initiatieven voor samenwerking gewenst.</p> <p>Er zijn tal van initiatieven om digitalisering te versnellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De Vliegwielfcoalitie van de Patiëntenfederatie, - het Citrien eHealth programma van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), - Toetsingskader telemonitoring, IGJ. - De digitale initiatieven ter ondersteuning van de juiste zorg op de juiste plek van de Federatie Medisch Specialisten, de samenwerking tussen zorgverzekeraars in de taskforce digitale zorg van ZN. - De jaarlijkse Wegwijzer bekostiging digitale zorg van de NZa. - Vanuit de overheid helpt VWS in samenspraak met NZa, Zorginstituut, IGJ en onderzoek via ZonMw en RIVM, initiatieven te ondersteunen en handvatten te bieden hoe beschikbare ruimte in wet- en regelgeving (beter) te benutten en actie te nemen als deze ontbreekt. Ook partijen als de Rijksdienst voor ondernemend Nederland, Health Holland, Hi NL (Health Innovation Netherlands) en andere landelijke en regionale innovatienetwerken ondersteunen hierbij. - Het programma digitale zorg (NVZ) stimuleert en ondersteunt de transformatie van ziekenhuizen op gebied van digitale zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het zorgbeleid is in Nederland complex, er is een gebrek aan consistente regulering en duidelijkheid vanwege de grote diversiteit aan publieke en private organisaties, zoals overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en belangengroepen. Er is een diversiteit aan stakeholders betrokken die beslissingen kunnen vertragen of strategieën, visies en doelen kunnen hinderen. Nederland heeft ook problemen met de daadwerkelijke implementatie van digitale zorg, in de praktijk wordt geen rekening gehouden met het gegeven dat transitie gepaard gaat met andere rollen en budgetverschuivingen. De IT-infrastructuur is nog onvoldoende adequaat met als gevolg dat het gebruik van digitale zorgtoepassingen achterblijft in vergelijking met andere Europese landen. • Diverse Initiatieven blijken in de praktijk onbekend, lastig vertaalbaar naar de werkvloer en incentives ontbreken om te innoveren. Er is bedrijfseconomische, organisatiekundige en technologische kennis nodig om digitaliseren niet alleen te versnellen maar ook te verbeteren (punt 1,2,7) • Landelijk inzicht in de beste digitale zorgtoepassingen voor grootste opbrengst en/of de grootste kwaliteitsverbetering en maatschappelijke impact is bevorderend voor het maken van keuzes op overkoepelend niveau. De overheid kan daar dan gericht op sturen, richting geven aan de specifieke inhoudelijke prioriteiten waar digitale zorg aan zou moeten bijdragen, en richtlijnen bieden voor monitoring en registratie ten behoeve van meetbare effecten. (punt 1,3,4) • Zorgorganisaties dienen te onderkennen en te benoemen dat de capaciteitsproblemen groot zijn en dat hier gezamenlijk door betrokken instellingen, zorgverzekeraars en maatschappelijke organisaties in opgetreden moet worden om tot grote verandering te komen en zorg te

	<ul style="list-style-type: none"> - Integraal Zorgakkoord Zorgverzekeringswet. Met dit akkoord voor de komende vier jaar wordt de lange termijn transitie naar passende zorg versneld in gang gezet (Verwacht wordt in het tweede kwartaal van 2022 nadere informatie te leveren over de contouren van, en het proces rondom, het Integraal Zorgakkoord (kamerbrief, hoofdlijnen brief)) 	<p>kunnen blijven bieden aan ieder die het nodig heeft (punt 1,2,7,8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Goed gecoördineerde ketenzorg kan tot betere kwaliteit van zorg en lagere zorgkosten leiden (zie Gidslanden). De combinatie van een toenemende zorgvraag en schaarste op de arbeidsmarkt maakt het noodzakelijk dat de zorg slimmer wordt om ervoor te zorgen dat iedereen in Nederland goede zorg kan krijgen als dat nodig is. Echter, de overheid stimuleert ketenzorg onvoldoende, en kan beter samenwerken met zorginstellingen, zorgverzekeraars, brancheorganisaties opdat de digitale infrastructuur en capaciteiten toereikend zijn voor passende zorg en transitie naar anders werken in de zorg (punt 7,9). • Kenmerkend voor Scandinavische landen en Estland is een centrale regie voor digitalisering, een integrale aanpak zorgaanpak, standaardisatie van data en wettelijke kaders voor digitalisering. Daardoor zijn beslissingen sneller een eenvoudiger door te voeren, wat ook geleid heeft tot een betere interoperabiliteit van systemen en een beter data uitwisseling in de zorgketen (punt 9).
	<ul style="list-style-type: none"> • Regiobeelden NZA Regionale domein overstijgende samenwerkingsverbanden vormen een belangrijke hoeksteen in de veranderbeweging. Regiobeelden geven inzicht in de opgaven en plannen om gezamenlijk aan die opgaven te werken en verbinden tegelijkertijd de landelijke, regionale en lokale niveaus. Startpunt bij de doorontwikkeling van regiobeelden zijn de inzichten en de energie in de regio. Daarom wordt aangesloten bij de bestaande regiobeelden. Regiobeelden moeten kunnen leiden tot een herschikking van het zorglandschap waarbij een integraal aanbod en passende zorg over domeinen heen de norm is (kamerbrief-hoofdlijnenbrief VWS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisering moet nadrukkelijk onderdeel zijn van de regiobeelden, daarbij gaat het ook om de governance van de Juiste Zorg op de Juiste Plek en adequate digitale infrastructuur in de regio. Samenwerken in de regio moet minder vrijblijvend worden (punt 6,7). • VWS wil samen met de NZa, ZINNL en RIVM, de regio's beter ondersteunen in de domein overstijgende samenwerkingsverbanden. Met kennis, aanpassen van kaders waar nodig en opschalen van goede initiatieven, onder andere ook op het gebied van data (kamerbrief-hoofdlijnenbrief VWS). Ook hiervoor is een digitaal beleidsplan met indicatoren (proces en product) en incentives voor domein overstijgende samenwerking gewenst (punt 6,8).

	<ul style="list-style-type: none"> • Programma “Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen” (WOZO). Kamerbrief maart 2022, zorgkantoren die sturen op extramurale leveringsvormen. Coalitieakkoord, 2021-2025. Samenwerking door Zorgverzekeraar (ZVV domein) en zorgkantoren (WIZ domein) , gemeenten) voor thuiszorgtechnologie • De WOZO-maatregelen worden de komende periode met partijen vertaald naar een concreet programma “Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen” (WOZO 	<ul style="list-style-type: none"> • Technologie kan de sociale maatschappelijke innovatie van zorg-wonen-leefstijl versterken en versnellen, echter dit wordt niet nadrukkelijk genoemd in de WOZO doelen en maatregelen. Inzicht is nodig in de <i>toegevoegde</i> waarde van digitalisering in langdurige, ouderenzorg: welke domotica aanpassingen zijn zinvol, haalbaar en rendabel (en voor wie) en wat is de sociaaleconomische en maatschappelijke impact van informele zorg op langer verantwoord thuis wonen? Hierbij kan “geleerd” worden van de aanpak van ouderen en langdurige zorg door de Gidslanden (punt 5, 9).
	<ul style="list-style-type: none"> • Toekomstagenda GGZ. De focus ligt op meer en betere preventie, betere triage - door te triageren met multidisciplinaire teams, op domein overstijgende samenwerking en op een versterking van de basiszorg - onder andere met inzet van de POH-ggz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Betere preventie en betere triage kan bevorderd worden met inzet van AI, gericht op de juiste, passende zorg èn op het juiste moment. Met blended care kan de druk op zorg verminderd worden en kunnen kwetsbare mensen op het juiste moment (receptief voor behandeling) geholpen worden, echter dit vereist een cultuuromslag binnen de GGZ voor een aanpassing in werkwijze en passende financiering (punt 7).
	<ul style="list-style-type: none"> • [Ont]Regel de Zorg: ondersteunt en faciliteert zorgaanbieders die zelf aan de slag willen met het verminderen van regeldruk in hun organisatie (kamerbrief-hoofdpijnenbrief VWS). 	<ul style="list-style-type: none"> • Regeldruk komt uit veel verschillende hoeken op zorgverleners af: van de overheid, toezichthouders, financiers, branche- en beroepsverenigingen en binnen zorginstellingen zelf. Uiteraard helpt en ondersteunt VWS partijen om die rol te pakken daar waar dat nodig is (kamerbrief -hoofdpijnenbrief VWS). Echter, voor vermindering van regeldruk is meer vrijheid nodig voor innovatie (ruimte voor experimenteren binnen wettelijke kaders) (punt 7).
	<ul style="list-style-type: none"> • Om de praktijk te ondersteunen, hebben werkgevers, gemeenten, zorgverzekeraars en – kantoren, mantelzorgers en VWS in 2020 de landelijke aanpak ‘Samen sterk voor mantelzorg’ gelanceerd. • Hoofdpijnen van het beleid én de inzet van de middelen uit het Coalitieakkoord voor de 	<ul style="list-style-type: none"> • Informele zorg is onzichtbaar en daardoor niet goed meetbaar. De verhouding formele en informele zorg, de toegevoegde waarde voor de gezondheidszorg en de sociaaleconomische en maatschappelijke implicaties van informele zorg behoeft nader onderzoek (punt 6,7).

	<p>verbetering van de ondersteuning van mantelzorgers (Kamerbrief hoofdlijnenbrief VWS).</p>	
<p>Verbeter de interoperabiliteit van digitale systemen Adequate (beter en snellere) gegevensuitwisseling over zorgdomeinen heen is nodig om digitalisering effectief, efficiënt in te zetten. Interoperabiliteit speelt op verschillende niveaus: op niveau van organisaties (beleid en cultuuraspecten), op niveau van de zorg (wat nodig is voor goede samenwerking), op niveau van informatie (structuur en semantiek van gegevens), op niveau van systemen (de verschillende IT-systemen in de digitale zorg, de IT- infrastructuur en het betrouwbaar gegevenstransport).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Benoem standaarden voor gegevensuitwisseling en gegevensbeheer zijn nodig voor het waarborgen van privacy, ethiek en veiligheid. 2. Creëer eenduidigheid in standaardisering gegevens (codering, techniek) en helderheid in houder en beheerder van informatie standaarden 3. Bied Governance, infrastructuur en financiering naast wetgeving 4. Zorg voor minimale vereisten voor transparantie van data en AI-systemen; inbedding van AI in de samenleving; zorg voor internationale samenwerking en stel coördinatiecentrum in voor beleid, toezichthouders en uitvoering. 5. Trek lessen uit standaardisatie van het EPD, MedMij, PGO 6. Leer van gidslanden 	<ul style="list-style-type: none"> - WEGIZ, kader wet (TK 2021-2022, 27529, 268). Met het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) wordt bij AMvB aangewezen specifieke elektronische gegevensuitwisseling verplicht. Voornoemd wetsvoorstel ligt op dit moment ter behandeling in de Kamer. Om gegevens daadwerkelijk te laten stromen is het noodzakelijk om tot een landelijk dekkend netwerk van infrastructuren, generieke functies en aanpalende ICT-voorzieningen te komen. (kamerbrief, hoofdlijnenbrief VWS) - Randvoorwaarden EPD: aansluiting IT-systemen. Dit opent de weg naar kwaliteitsverbeteringen en meer uniforme klinische uitkomsten, doordat gegevens op een gestandaardiseerde manier worden opgeslagen. - MedMij, VIPP (Versnellingsprogramma's Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional), PGO, coalitieakkoord 2021-2025 PGO: Verkenning door het Zorginstituut Nederland over de opties voor financiering van PGO's uit de Zorgverzekeringswet en de stand van zaken en ontwikkelingen met betrekking tot de invoering van PGO's.(kamerbrief - hoofdlijnen brief VWS) - Europese netwerkvorming (eHnetwork) wordt aangemoedigd om landen in staat te stellen om de structuren en processen op te zetten die nodig zijn om digitale zorg breed te benaderen en die moeten leiden tot kosteneffectieve investeringen in digitale zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er ontbreekt in Nederland een centrale autoriteit voor standaardisatie. Daardoor is data uitwisseling tussen sectoren problematisch en ook inefficiënt. Voor adequate gegevensuitwisseling, over zorgdomeinen heen is governance, infrastructuur, en integrale financiering nodig. De kwestie is hoe een gefragmenteerd zorglandschap, met oog voor autonomie en diversiteit een landelijke infrastructuur kan realiseren (punt 1,2,3). • Tot op heden is interoperabiliteit niet gerealiseerd, koppeling van IT-systemen aan EPD verloopt met tal van financiële en organisatorische problemen. Problematische is de afstemming tussen Medmij, PGO en EPD-leveranciers als gevolg van gebrek aan samenwerking (gebrek aan vertrouwen?). Het zal nog de nodige inspanning vergen voordat alle sectoren in de zorg zijn aangesloten. De kwestie is of de verkenning van ZINNI verheldering brengt over financiering m.b.t. invoering van PGO's (punt 3,5,6). • Niet de overheid maar het zorgveld (i.e. beroepsverenigingen cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, inkopers) ontwikkelt kwaliteitsstandaarden. Tegelijkertijd neemt de overheid een nadrukkelijke rol met betrekking tot de kwaliteit van de zorg (kamerbrief hoofdlijnenbrief VWS). Samenspraak is gewenst met eerdergenoemde partijen om te komen tot afspraken over kwaliteitseisen en standaarden voor de gezamenlijke inkoop en inzet digitale zorg en voor transitie over zorgdomeinen heen (punt 1,2,4). • Gebrek aan een landelijk dekkend netwerk van infrastructuren waarmee stabiele en vertrouwelijke zorginformatie uitwisseling kan worden bestendig, leidt ertoe dat elke instelling een unieke ICT-aanpak heeft (punt1,2,3).

		<ul style="list-style-type: none"> • Initiavene zoals Health-RI zijn meer product dan procesgericht. Leer van gidslanden en internationale netwerken (punt 6).
<p>Formuleer randvoorwaarden voor kennis, en vaardigheden</p> <p>De zorgpraktijk moet voldoende voorbereid, opgeleid en voldoende gestimuleerd worden om anders te werken, met inzet van technologie en om in te spelen op een dynamische arbeidsmarkt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maak afspraken over digitale vaardigheden en data-geletterdheid. 2. Overleg met zorgopleidingen, zorginstellingen, en beroepsgroepen, zowel voor de initiële als voor post-initiële opleidingen van huidige zorgprofessionals, 3. Zorgverleners verwachten dat overheid komt met visie, regie, en richtlijnen 4. Definieer profielen van nieuwe categorieën medewerkers in de digitale zorg; voor het invoeren, verwerken, en interpreteren van gegevens 5. Creëer leeromgevingen en opleiding van AI 	<p>Wegwijzers voor kennis en informatie zijn voorhanden, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorg voor Innoveren (Zorginstituut Nederland, VWS, Rijksdienst voor Ondernemend Nederland, ZonMw), - Zorg van NU (VWS), Juiste Zorg op Juiste plek (VWS), - Vliegwielen coalitie, (patiënten(vertegenwoordigers), zorgaanbieders/zorgverleners, zorgverzekeraars en leveranciers) - Zorgzandbak (ZINNL), - Informatie beraad (VWS) - Het Zorginstituut is doende met een advies over de gewenste samenhang en versterking van de kennisinfrastructuur. Het gaat daarbij om het aanbrengen van meer samenhang tussen wat verschillende partijen doen als onderdeel van de kennisinfrastructuur en het verbinden met de opgave voor de toekomst van de langdurige zorg. (kamerbrief hoofdlijnenbrief VWS), - Het kabinet stelt incidenteel drie keer 50 mln beschikbaar om via een opleidingsakkoord een impuls te geven aan scholing en ontwikkeling in de VVT. Het opleidingsakkoord VVT moet bijdragen aan meer waardering voor medewerkers in deze sector door meer ruimte en mogelijkheden te bieden voor ontwikkeling - WRR (opgave AI): aanbevelingen voor AI leeromgeving; - Leidraad kwaliteit AI in de zorg, VWS 2021; 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een lacune in kennis, vaardigheden in de praktijk. Initiatieven (zie kolom 2) landen niet op de werkvloer of blijken moeilijk vertaalbaar naar zorgprocessen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat kennis niet automatisch vertaald wordt in verandering in gedrag, (punt 1,2). • Het tempo rondom digitalisering en de daarvoor benodigde zorginfrastructuur moet fors omhoog. De overheid kan met zorgopleidingen en zorginstellingen een beleid maken voor data-wijsheid. Dit betreft niet alleen het vergroten van de data-geletterdheid van huidige zorgprofessionals maar ook het benoemen van nieuwe digitale profielen, voor het invoeren, verwerken en interpreteren van gegevens (punt 1,2,3,4). • Betere communicatie, betere vindbaarheid en zichtbaarheid van initiatieven en meer praktijkgerichte informatie is nodig, naast stimulans en incentives voor transitie naar digitale zorg (punt 2,3). • De zorginstellingen dienen een nadrukkelijke rol en verantwoordelijkheid te nemen in digitalisering, en in waardering van zorgmedewerkers (punt 2,4). • Door de inzet van technologie ontstaan verschuivingen in rollen, taken en verantwoordelijkheden. Die verschuiving dient onderdeel te zijn van beleid voor het omgaan met het tekort aan zorgpersoneel. In welke mate leiden verschuivingen in taken naar een optimale inzet van personeel? En in welke mate draagt dat bij aan het personeelstekort in de zorg? Vooral in de ouderenzorg is de kwestie of een verschuiving van bevoegd naar bekwaam personeel bijdraagt aan de aanpak van het personeelstekort (punt 2, 3, 4). • Nederland heeft een achterstand in AI, er is geen AI-identiteit en AI-coördinatie ontbreekt. Er is samenwerking nodig tussen overheid, zorg, IT-bedrijven om criteria op te

	<ul style="list-style-type: none"> - Databeschikbaarheid, ontwikkeling, training, validering (NICTIZ, NLAIC, VWS) - Initiatief Nederlands Patiënten Federatie betreffende <i>Zeggenschap Patiënten bij AI in de Zorg</i> (Maart 2022). Men bepleit dat patiënten bewuste keuzen kunnen maken voor de inzet van AI. 	<p>stellen voor kwaliteit van BIG-Data en transparantie van AI. Een coördinatiecentrum AI (WRR) is nodig voor breed maatschappelijke acceptatie van AI en demystificatie. Richtlijnen voor toepassing AI zijn nodig voor transparante algoritmen, risicobeheersing, fundamentele rechten. Hiervoor is internationale samenwerking nodig, binnen EU (punt 1, 5).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor een betere benutting van data is databeschikbaarheid voor innovatie en onderzoek nodig (punt 1). • Samenwerking tussen zorg en IT-bedrijven is nodig voor het stellen van kwaliteitscriteria waaraan big data moet voldoen, hoe AI-predictiemodellen contextgevoelig kunnen zijn (werkelijkheidswaarde) en hoe registratie van data plaats moet vinden ter bevordering van transparantie en repliceerbaarheid (zie ook “Leidraad kwaliteit AI in de zorg” (VWS, 2021)), punt 1, 5).
<p>Verbeter de financiering en bekostiging digitale zorg Financiering en bekostiging moeten parallel lopen met inzet lopen met ontwerp en implementatie van technologie, en veranderingen in de zorgprocessen. Structurele financiering is nodig voor zorg overstijgende initiatieven.</p> <p>1. Maak onderscheid in financiering en bekostiging in verschillende fasen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkeling van digitale zorg; niet alleen financieren vanuit de bekostiging; bied ruimte voor experimenten en onderzoek de effecten van de nieuwe werkwijze; onderzoek de effecten voor patiënten, zorgpersoneel en de organisatie. - implementatie van digitale zorg (= transitie naar nieuwe budgetten en rollen); bied ruimte voor het opschalen en 	<p>Er zijn tal van initiatieven voor innovatie in financiering en bekostiging:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bekostiging digitalisering, prestatiebeschikking innovatieve prijsafspraken, loslaten van productieafspraken (NZA, ZINNL) - Regiobeeld zorg domein overstijgende initiatieven (NZA)> herschikking zorglandschap, integraal aanbod voor passende zorg. - NZA ketenzorg op afstand. Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten - Aansturing op integraal financieringsmodel (zorg voor de toekomst, NFU) - Programma digitale zorg (NVZ), transformatie van zorg. - Zorgprestatiemodel GGZ, coalitieakkoord 2021-2025) - Canvassen eHealth (citrien fonds) voor projectmatige aanpak van digitalisering (AI, telemonitoring) 	<ul style="list-style-type: none"> • Probleem is dat prikkels, incentives ontbreken voor innovatie. Er is te weinig druk om digitalisering door te voeren in zorginstellingen omdat er onvoldoende zicht is op hoe investeringen terugverdiend kunnen worden, en er weinig stimulans is in zorginstellingen om te experimenteren met zorginnovaties (punt1,2,3). • Vanuit de overheid zou meer sturing verwacht worden om zorginstellingen aan te sporen op het benutten van reeds beschikbare mogelijkheden, ook om uit de praktijk op te halen welke problemen ervaren worden met het benutten van die initiatieven en welke lessen geleerd zijn met de toepassing ervan (punt 3). • Om de druk op crisiszorg te voorkomen verwachten men dat “alle professionals in de GGZ-bereikbaarheidsdiensten tijdens de avonden, nachten en weekenden draaien”. Hiervoor is wel een cultuuromslag nodig binnen de GGZ. De rol van technologie hierbij is in het akkoord niet benadrukt, maar zou gezien behoefte van behandelaren aan vroegtijdig behandelen van kwetsbare patiënten de druk op

<p>uitrollen van digitale zorg, houd bij bekostiging rekening met (tijdelijke) dubbele infrastructuren, de oude en de nieuwe operationele fase van digitale zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de bekostiging pas aan na ontwikkeling en implementatie 2. Faciliteer het terugverdienen van investeringen bij zorginstellingen 3. Creëer prikkels voor zorgketen-overstijgende initiatieven 	<ul style="list-style-type: none"> - NZA stelt voor om zelfmanagementprogramma's in te zetten, voor ketenzorg op afstand. Deze toepassingen van digitale zorg kunnen vergoed worden met het afgesproken tarief voor de integrale ketenprestatie (of indien van toepassing het maximumtarief). - De Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten biedt de mogelijkheid om drie jaar (en in sommige gevallen vijf jaar) een kleinschalig experiment uit te voeren met een innovatieve vorm van zorg. Deze route is interessant voor digitale zorg die de sectoren overstijgt en waar men eerst op kleine schaal mee wil experimenteren. Bij een geslaagd experiment kunnen de innovatoren een aanvraag indienen voor een landelijke prestatie. De innovatie moet gericht zijn op een van de volgende verbeteringen: Nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs-kwaliteitverhouding; Een efficiëntere zorgorganisatie; Betere kwaliteit van zorg. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar of zorgkantoor moeten gezamenlijk een verzoek tot experiment indienen. 	<p>de wachlijsten kunnen reduceren in combinatie met het akkoord voorstel voor beschikbaarheidsdiensten (punt 1,3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gezamenlijke inkoop van technologie stimuleren (zorgaanbieders, IT-bedrijven), voorkomt dat met elke zorgverzekeraar opnieuw afspraken gemaakt moeten worden (punt 2,3). • Innovatieve financiering voor langdurige zorg is nodig en voor integrale aanpak van zorg. Subsidies vereisen een business case vooraf terwijl inzichten in kosten en baten pas achteraf aangetoond kunnen worden. Daarnaast is de kennis en de data om een business case op te zetten vaak niet aanwezig binnen een zorgorganisatie. Het subsidielandschap zou herijkt kunnen worden, minder gericht op het aantonen van het gebruik en meer op de impact van digitalisering op de zorgorganisatie en de verschuivingen in taken en verantwoordelijkheden van personeel en patiënten (punt 1,2,3) • De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland (ZIN) kunnen praktijkgerichte informatie uitbrengen en richtlijnen aanbieden voor innovatieve financiering van digitale zorg. Het stimuleren van zelfmanagement programma's heeft nut als ook de vereiste cultuur en vaardigheden daarvoor aanwezig zijn (punt 1,3) • Bij financiering van ketenzorg op afstand moet ook de inzet, borging, en behoud van technologie worden betrokken (punt 1.3).
<p>Innoveer en Standaardiseer methodologie voor digitalisering in de zorg Meer aandacht is nodig voor grootschalige pilots, meer praktijkstudies, living labs en actieonderzoek en betere benutting van aanwezige kennis om effecten van inzet van technologie te meten. De effectiviteit van toepassing van technologie in de gezondheidszorg is sterk afhankelijk van de context, de technologie zelf, hoe de technologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "Digitale zorg toepassing moet bestaande zorg vervangen dan wel aan een bestaande behandeling worden toegevoegd. Steeds geldt dat er sprake dient te zijn van zorg conform 'de stand van de wetenschap en praktijk', NZa. Ons zijn geen andere initiatieven bekend. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effectiviteit digitalisering is nog onvoldoende aangetoond, er is een gebrek aan prestatie indicatoren (proces en product) en gebrek aan continuïteit in data verzamelingen. Methoden zijn vooral gericht op klinische effecten (trials), maar niet op het monitoren van het proces van transitie en bijdragen van digitalisering aan verbetering van zorg(organisatie) en aanpak van personeelstekorten (punt 1, 3, 4,5,7,8).

<p>opgenomen is in het zorgproces en hoe de communicatie verloopt. In studies naar effectiviteit of impact van digitalisering op de zorg(organisatie) worden die aspecten niet of nauwelijks meegenomen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vraag standaard effectenrapportages bij gesubsidieerde digitaliseringsprojecten 2. Vergroot het lerend vermogen bij transities van traditionele naar digitale zorg 3. Geef prioriteit aan praktijkonderzoek, living labs en actie-onderzoek 4. Standaardiseer digitaliseringsprocessen om hergebruik elders te bevorderen 5. Gebruik kosten/baten-analyses vanaf de eerste ontwikkeling en implementatie 6. Voorkom fragmentatie en kies voor meer grootschalige trajecten 7. Maak gebruik van reeds beschikbare methoden (o.m. early Health Technology Assessments, smart randomizations) 8. Leer van andere sectoren, zoals smart industries 4.0. 		<ul style="list-style-type: none"> • Door het beperkt zicht op kosten en baten treden er nauwelijks leereffecten op, en wordt a.h.w. het wiel steeds opnieuw uitgevonden. Het duurt ook te lang voordat een innovatie in het pakket komt. Subsiëring is niet gericht op lange termijneffecten (punt 4,5, 7, 8) • Praktijkonderzoek, lab-, en veldstudies zijn nodig om ook te bepalen en te voorspellen welke doelgroepen het meeste baat hebben bij digitalisering op korte en lange termijn, en welke opties er zijn voor opschaling van digitale zorg op “maat” (punt 2,3,6,7).
<p>Zet in op veelbelovende technologieën De technologische ondersteuning van de zorg zou gericht moeten zijn op arbeid- of tijdsbesparing van zorgprofessionals, maar ook op het verhogen van kennis, kwaliteit van de zorg, vaardigheden en op het verlagen van de fysieke en cognitieve inspanning van zorgmedewerkers.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Start met telemonitoring voor diverse patiënten profielen 2. Stel als norm, blended care tenzij (GGZ) en bepaal de verhouding offline en online 	<ul style="list-style-type: none"> - Het Citrienfonds eHealth biedt een overzicht van allerlei projecten die kunnen ondersteunen bij de inzet van eHealth, zoals telemonitoring en AI op de IC. Met behulp van een projectmatige aanpak is het de bedoeling dat in 2023 alle UMC's telemonitoring voor hartpatiënten operationeel is. Binnen het Citrien programma eHealth werken diverse UMC's samen om de beslissingssoftware voor de intensive care te implementeren. De canvassen voor een project programma leveren een overzicht van doelen, ambities, 	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisering is mensenwerk. We zien in de praktijk dat personeel de inzet van technologie ervaart als extra werk en inspanningen, iets dat erbij komt en waar geen adequate training voor is (punt 1,2, 7). • Personeel wordt te weinig betrokken bij de keuze van technologie en heeft te weinig inbreng in de keuze van de doelgroepen, voor wie is technologie lonend (punt 7) • Zorginstellingen moeten meer verantwoordelijkheid nemen voor scholing van personeel, voor inpassing van digitaal werken in de zorgpaden en -protocollen. Zorgpersoneel lijkt in verdrukking te komen door ambities van aanbieders en gebrek aan visie en doelen van zorginstellingen. Het lijkt

<p>zorg voor efficiënte inzet van blended care toepassingen in de zorgpaden</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Schaal op naar bredere toepassing van telemonitoring, blended care (meerdere aandoeningen, meerdere doelgroepen) 4. Stimuleer gezamenlijke inkoop van technologie 5. Monitor de inzet, borging en onderhoud van technologie 6. Stel vast wat de werkende mechanismen zijn voor effectieve toepassing van telezorg ; wat werkt, helpt voor wie en is rendabel 7. Pas co creatie toe in (door)ontwikkeling van technologie 	<p>randvoorwaarden en strategieën voor de aanpak van telemonitoring en de beslissingssoftware.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het Toetsingskader IGJ ‘Telemonitoring volwassenen thuis’ benoemt een aantal normen voor het toetsen van telemonitoring, op grond van regelgeving en veldnormen (opgesteld door beroepsorganisaties van zorgverleners, wetenschappelijke verenigingen en brancheorganisatie(s)). De normen hebben betrekking op afspraken over wie in aanmerking kan komen voor de toepassing van telemonitoring, wie welke verantwoordelijkheden heeft (het proces en de organisatie), welke samenwerkingsafspraken gelden, hoe de (zo nodig gezamenlijke) dossiervoering plaatsvindt en hoe aantoonbaar is dat sprake is van een veilige werkwijze met veilige middelen 	<p>erop dat zorgorganisaties niet goed in staat zijn budget beschikbaar te stellen voor digitale impuls activiteiten zoals training en inbedding van technologie (punt 5,6,7).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor regionale ziekenhuizen kunnen die canvassen (Citrienfonds)een leidraad zijn. Het gebruik van canvassen als onderdeel van business modeling is zinvol om met stakeholders gezamenlijk de toegevoegde waarden van telezorg te bepalen (p 1,2,3,4). • Voor afspraken over verantwoorde en veilige inzet van telezorg is beter zicht nodig op de werking ervan in de praktijk. Dat inzicht kan verkregen worden door onderzoek naar de werkende mechanismen van een technologie toepassing, wat draagt bij aan de effectiviteit en voor wie is dat van toepassing (punt 5,6). • Voor de inzet van telemonitoring zijn richtlijnen beschikbaar zoals het toetsingskader telemonitoring en Citrienfonds telemonitoring, (kolom 2), punt 1,3,4) • Voor een afgewogen keuze van de inzet van blended care is een (gevalideerd) instrument beschikbaar waarbij de zorgverlener in samenspraak met de cliënt kan bepalen welke vorm van blended care in de GGZ, op welk moment, geschikt is (Kip et al., 2020) (punt 2,7).
---	--	---