

An aerial photograph of Rotterdam, Netherlands, featuring several prominent skyscrapers. The central focus is the 'M' building, a tall structure with a white facade and a distinctive orange-brown top section. To its left is a curved building with a glass and white facade. In the foreground, a green rectangular box contains white text. The background shows a river, a bridge, and a hot air balloon floating in the sky.

Quickscan eHealth onder Rotterdamse zorg- en welzijns- organisaties

Onderzoek en Business Intelligence



Gemeente Rotterdam

Colofon

Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Datum: 31 juli 2020

Auteur(s): J.C.M. Watzeels, S.E. Boer, D. Butte

Afbeeldingen: Iris van den Broek, Guido Pijper, Hester Blankestijn

Vragen: onderzoek@rotterdam.nl

Samenvatting

Inleiding

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van een quickscan naar het gebruik van eHealth toepassingen door Rotterdamse zorg- en welzijnsorganisaties. Het doel van deze quickscan is om de beleidsmakers van het Team Gezondheid, Participatie en Welzijn van de gemeente inzicht te geven in huidig en mogelijk toekomstig gebruik van eHealth toepassingen door deze organisaties, en de factoren die hierop van invloed zijn. De verkregen inzichten kunnen hen ondersteunen bij het bepalen van een inkoopstrategie die stuurt op de implementatie van zinvolle eHealth toepassingen door deze organisaties.

Onderzoeksmethode

Voor deze quickscan hebben onderzoekers van OBI semigestructureerde interviews afgenomen met vertegenwoordigers van 16 organisaties in Rotterdam, evenredig verdeeld over verschillende cliëntgroepen. Deze zijn met behulp van ATLAS.ti geanalyseerd.

Kenmerken organisatie & cliënten

Uit deze interviews komt naar voren dat men de digitale vaardigheden van cliënten op leeftijd, met een migratieachtergrond en/of lage taalvaardigheden of met een laag opleidingsniveau, veelal als beperkt ervaart. Dit geldt ook voor oudere en/of laagopgeleide medewerkers. Veel cliënten en medewerkers kunnen echter wel overweg met een smartphone en zijn gewend aan het gebruik van apps. De huidige generatie eHealth toepassingen lijkt daarnaast ook niet altijd een enorme digitale vaardigheid te vereisen.

Resultaten

Aanleiding. Respondenten geven aan dat er interne en externe aanleidingen zijn voor het inzetten van eHealth. Genoemd wordt de rol van de gemeente die hen stimuleert, soms met subsidies

of zelfs prijsvragen. Maar ook de transitie in de zorg en de huidige wetgeving worden als stimulators gezien om eHealth in te zetten. Soms is de introductie van een toepassing het resultaat van het enthousiasme van een enkele, digitaal onderlegde medewerker. De coronacrisis heeft tenslotte recentelijk vanuit de noodzaak tot zorg op afstand geleid tot een enorme 'boost' in het gebruik van vormen van digitale communicatie.

Visie. Het belang van een heldere visie wordt door organisaties onderschreven. Een deel heeft ook een duidelijke visie voor ogen en enkele organisaties zijn zover dat zij hun visie hebben geïntegreerd in hun beleid en bedrijfsprocessen. Bij deze organisaties is het gebruik van eHealth een welhaast vanzelfsprekend onderdeel geworden van hun zorgaanbod.

Voordelen. Respondenten beschrijven diverse voordelen van de inzet van eHealth, waarbij de verwachte en ervaren voordelen niet altijd te onderscheiden zijn. Voor de cliënten zijn voordelen genoemd zoals het gemak, sneller en laagdrempeliger contact met de organisatie, meer regie over de eigen zorg en digitale inclusie door aanleren digitale vaardigheden. Voor medewerkers worden voordelen genoemd als het gemak, meer zorg op maat via 'blended care' (combinatie van digitale en niet-digitale zorg), sneller kunnen inspelen op vragen en problemen, en vergroten van de veiligheid. Voor organisaties zijn de genoemde voordelen onder andere een hogere productiviteit, mogelijkheden tot meer zorg op maat en regio-overstijgend aanbod, verminderen van zorgmomenten of zorgduur en flexibeler inplannen.

Gebruik van eHealth. De organisaties die aan de quickscan meededen zijn alle in min of meerdere mate bezig met de inzet van eHealth. Respondenten noemen voorbeelden als beeldbellen, online hulpverlening, sociale platforms, robotica, domotica, digitale cliëntdossiers en persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's). Soms zijn de ingezette toepassingen al geïntegreerd in het hulpverleningsproces, maar vaker zijn ze in ontwikkeling en (nog) beperkt tot kleine pilots die nog geëvalueerd moeten worden. Er worden ook voorbeelden

gegeven van toepassingen waarvan veel werd verwacht, maar die in de praktijk toch niet blijken aan te slaan. Bijvoorbeeld omdat cliënten er geen behoefte aan hebben, het gebruik ervan te ingewikkeld vinden of de toepassing juist te kinderachtig.

Belemmerende factoren. Zowel bij cliënten als medewerkers zijn verschillende belemmerende factoren genoemd, zoals onvoldoende digitale vaardigheden, gebrek aan (goedwerkende) digitale middelen en internet, onvoldoende affiniteit met eHealth of zelfs weerstand. Daarnaast kunnen gebrekkige taalvaardigheden, de aard van de problematiek en aard van de zorg een belemmerende rol spelen. Op organisatieniveau zijn onder andere als belemmerende factoren genoemd: de hoeveelheid tijd en geld die nodig is voor goede implementatie, gebrek aan visie, systemen die lastig te koppelen zijn, te weinig medewerkers om cliënten op digitaal gebied te ondersteunen, en de hoge kosten van aanschaf van apparatuur en het ontwikkelen van toepassingen op maat. Met betrekking tot de toepassingen zelf kan het belemmerend zijn als deze onvoldoende aansluiten bij wensen en behoeften van cliënten en medewerkers en niet gebruiksvriendelijk zijn.

Bevorderende factoren. Zowel bij cliënten als medewerkers werkt het onder meer bevorderend als ze al beschikken over digitale vaardigheden, apparatuur en internet, affiniteit en/of ervaring hebben met eHealth en ze kunnen wennen aan de applicatie voor deze wordt ingezet in de zorg of ondersteuning. Op organisatieniveau wordt het als bevorderend ervaren als eHealth geïntegreerd is in het zorgaanbod en de planning-, registratie- en declaratiesystemen, als er draagvlak gecreëerd wordt, medewerkers en cliënten getraind kunnen worden, en uitvoerende medewerkers kunnen meedenken en meebeslissen bij ontwikkeling en keuze van toepassingen die aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten en henzelf. Bevorderende factoren met betrekking tot de toepassingen zelf zijn onder andere dat ze aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten en medewerkers, en gebruiksvriendelijk en 'AVG-proof' zijn.

Evaluatie. Doorgaans evalueren organisaties hun gebruik van eHealth, al is niet altijd duidelijk hoe zij dit precies doen en in welke mate. De manier waarop geëvalueerd wordt varieert van informeel – bijvoorbeeld door met de cliënt tijdens een huisbezoek of met collega's in een teamoverleg te bespreken hoe het gaat – tot heel gestructureerd aan de hand van een evaluatieplan met een voormeting en verschillende nametingen.

Borging. Over het algemeen lijkt nog weinig te zijn nagedacht over de borging van eHealth in de organisatie, onder andere omdat eHealth nog in de kinderschoenen staat bij veel organisaties. Een uitzondering hierop zijn bijvoorbeeld grote GGZ-organisaties die eHealth een duidelijke en vaste plek hebben gegeven in hun hulpverleningsprocessen. Organisaties proberen er bij de selectie van onderaannemers op te letten dat zij al werken met dezelfde eHealth toepassingen of samen op te trekken in de implementatie ervan, zodat hun werkprocessen op elkaar aansluiten. Dit lukt niet altijd.

Subsidies. Het is voor organisaties niet ongebruikelijk om een subsidie aan te vragen om aan de slag te kunnen gaan met eHealth toepassingen en deze ook toegekend te krijgen. De doorontwikkeling of verdere implementatie van een eHealth toepassing blijken vervolgens niet altijd even gemakkelijk. Er zijn onder andere aanvragen ingediend voor subsidieregelingen van de gemeente, VWS (SET-subsidies) en CityLab010. Ook wanneer een subsidie niet wordt toegekend kan een organisatie het schrijven van een aanvraag als stimulans zien om goed na te denken over wat men precies met het inzetten van eHealth wil bereiken en of men daar dan zelf in wil investeren.

Vraagstukken. Organisaties spreken onder meer de hoop uit eHealth in de toekomst te kunnen inzetten om de stijgende zorgvraag en het personeelsgebrek op te vangen, ouderen langer zelfstandig te kunnen laten wonen, meer preventief te kunnen werken en daarmee duurdere zorg te voorkomen, en cliënten uit hun isolement te kunnen halen.

Uitbreiding eHealth. Binnen alle sectoren zijn er plannen voor het verder uitbreiden van eHealth toepassingen. Respondenten vertellen over toepassingen die ze willen proberen, of nog willen bedenken. Sommige plannen bestaan alleen nog als idee, zoals een plan van een GGZ-organisatie voor het minder talig maken van een eHealth toepassing voor analfabeten door te gaan werken met kleuren. Andere plannen zijn soms al volop in ontwikkeling. Zo is een organisatie voor verstandelijk gehandicapten samen met een bedrijf bezig een app op maat te maken waarbij gebruik gemaakt wordt van persona's die corresponderen met de verschillende cliënttypen binnen hun cliëntpopulatie. Een organisatie voor ouderen is betrokken bij het ontwikkelen van sensoren die vroegtijdige dementie kan detecteren.

Coronacrisis. De coronacrisis heeft bij alle organisaties geleid tot een 'boost' in allerlei vormen van digitaal communiceren. Bij sommige organisaties was het nodig om dit op korte termijn technisch beter te regelen en bij de meeste organisaties moesten medewerkers eraan wennen. Alle organisaties geven aan dat zij ook na de coronacrisis gebruik willen blijven maken van deze vorm van communicatie. In de praktijk ervaren medewerkers dat veel zaken op deze wijze efficiënter besproken kunnen worden. Hierbij merken respondenten wel op dat beeldbellen zeker niet voor alle cliënten geschikt is en soms 'blended care' of niet-digitale zorg meer op z'n plaats is.

Randvoorwaarden. Voor een succesvolle verdere implementatie van eHealth noemen organisaties het onder meer belangrijk dat de organisatieprocessen zo worden ingericht dat ze het gebruik van eHealth faciliteren. Te denken valt aan de planning-, registratie- en declaratiesystemen, maar ook het hulpverleningsproces zelf. Ook wordt gewezen op het belang van samenwerking met andere zorg- en welzijnsorganisaties, het onderwijs en ontwikkelaars van eHealth toepassingen. Van de gemeente verwachten organisaties een sturende en ondersteunende rol. Sturing bijvoorbeeld via regelgeving en de opdrachtverstrekkingen en ondersteuning met subsidies, het declarabel maken van

digitaal verleende zorg en actieve participatie in de samenwerking met het onderwijs en eHealth ontwikkelaars.

Conclusies & aanbevelingen

Uit deze quickscan blijkt dat sommige organisaties voorzichtig de eerste stappen zetten met het gebruik van eHealth, terwijl andere organisaties eHealth al volledig geïntegreerd hebben in hun zorgaanbod. Hoewel organisaties het belang van een duidelijke visie op eHealth voor een goede implementatie ervan wel erkennen, zijn zij nog niet altijd zover dat ze al vanuit een duidelijke visie werken. Ook is het nog niet vanzelfsprekend dat gebruikte toepassingen worden geëvalueerd en geborgd in de organisatie. Naast het stimuleren van eHealth gebruik kan de gemeente onder andere visievorming, systematische evaluatie en het nadenken over de borging ondersteunen en faciliteren door bijvoorbeeld hierover bepalingen in de inkoopovereenkomst of subsidieregelingen op te nemen en hiervoor mogelijk ook middelen beschikbaar te stellen. Verder valt op dat eHealth vaak verondersteld wordt bij te dragen aan zaken zoals het vergroten van gebruikersgemak voor de cliënt, het voorkomen van duurdere zorg en het vergroten van productiviteit en efficiëntie, maar dat dit nog niet altijd onderbouwd wordt door een kosten-batenanalyse of effectevaluatie. Ook hierin kan de gemeente een rol vervullen door te sturen op het gebruik van bewezen effectieve toepassingen en door van zorg- en welzijnsorganisaties te verlangen dat zij inzichtelijk maken of de ingezette toepassingen inderdaad bijdragen aan de door hen gestelde doelen.





Inhoudsopgave

1	Inleiding	8
1.1	Leeswijzer	9
2	Onderzoeksmethode	10
2.1	Werving	10
2.2	Dataverzameling	10
2.3	Data-analyse	11
3	Kenmerken deelnemende organisaties	12
3.1	Aanbod en cliëntpopulatie	13
3.2	Digitale vaardigheden cliënten en medewerkers	13
4	Resultaten	15
4.1	Wat eraan voorafgaat	15
4.1.1	Aanleiding	15
4.1.2	Visie	16
4.1.3	(Verwachte) voordelen	17
4.2	De huidige inzet van eHealth	20
4.2.1	Gebruikte eHealth toepassingen	20
4.2.2	Belemmerende en bevorderende factoren	25
4.2.3	Evaluatie	35
4.2.4	Borging	36
4.2.5	Subsidies	37
4.3	Potentiële inzet eHealth in de toekomst	38
4.3.1	Potentiële inzet eHealth bij huidige vraagstukken	38
4.3.2	Plannen voor inzet of uitbreiding eHealth	39
4.3.3	Versnelling eHealth door corona	40
4.4	Randvoorwaarden voor verdere implementatie eHealth	40
5	Conclusies en aanbevelingen	44
	Bijlage A Topiclijst	51

1 Inleiding

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van een quickscan naar het gebruik van eHealth toepassingen door Rotterdamse zorg- en welzijnsorganisaties.

In dit onderzoek is de definitie van de Rotterdamse eHealth visie aangehouden:

Alle toepassing van technologie om de vitaliteit van Rotterdammers te verbeteren, zowel op gebied van (publieke) gezondheid, zorg, ondersteuning als participatie en welzijn.

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking zet de zorg steeds verder onder druk. Dit geldt ook voor Rotterdam. Het is nodig om de zorg anders te organiseren om tegemoet te kunnen blijven komen aan de toenemende zorgvraag en de stijgende zorgkosten te beheersen ^{1 2}.

Er wordt verwachtingsvol naar eHealth gekeken als potentieel hulpmiddel om de zorg efficiënter te kunnen uitvoeren en betaalbaar te houden ^{3 4}. Tegelijkertijd heeft de corona-uitbraak laten zien dat eHealth van grote waarde kan zijn om continuïteit van zorg te garanderen in tijden van een wereldwijde gezondheids crisis. Deze ontwikkelingen in aanmerking genomen, ziet de gemeente reden om gebruik van eHealth toepassingen te stimuleren die zorg en ondersteuning kunnen voorkomen, verplaatsen (van intramuraal naar extramuraal) of vervangen (voor goedkopere alternatieven) ^{5 6}. De gemeente wil op

deze manier de zorg beter, toegankelijker en goedkoper maken ^{7 8}.

In dit rapport gaan wij in op actueel gebruik van eHealth en mogelijkheden en randvoorwaarden voor uitbreiding. Daarnaast beschrijven we onder andere bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van eHealth toepassingen door gecontracteerde zorg- en welzijnsorganisaties in Rotterdam. Aan deze kennis is behoefte bij de beleidsmakers van Team Gezondheid, Participatie & Welzijn van de gemeente Rotterdam, zodat zij beter kunnen inschatten hoe zij in hun inkoopstrategie kunnen sturen op de implementatie van zinvolle eHealth toepassingen door deze organisaties. De informatie in dit rapport draagt daarnaast bij aan de ambitie van de DigiDeal010⁹ dat aanbieders hun kennis, ervaringen en leerpunten op het gebied van eHealth met elkaar delen.



¹ De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft. (2018). Taskforce Zorg op de Juiste plek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

² Aandoeningen. Welke aandoeningen hebben we in de toekomst? Trendscenario VTV 2018. (2018) Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu.

³ De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft. (2018). Taskforce Zorg op de Juiste plek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

⁴ Aandoeningen. Welke aandoeningen hebben we in de toekomst? Trendscenario VTV 2018. (2018) Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu.

⁵ Rotterdamse visie op eHealth (2019).

⁶ Rotterdamse beleidsplan Maatschappelijke Ondersteuning 2021-2026 'Heel de Stad' (2020).

⁷ Rotterdamse visie op eHealth (2019).

⁸ Rotterdamse beleidsplan Maatschappelijke Ondersteuning 2021-2026 'Heel de Stad' (2020).

⁹ Notitie voorbereiding DigiDeal zorg- en welzijnsaanbieders (2020).

1.1 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 van dit rapport beschrijft de gebruikte onderzoeksmethode voor de quickscan, waarna hoofdstuk 3 verder ingaat op de kenmerken van de organisaties die eraan hebben deelgenomen.

Hoofdstuk 4 geeft aan de hand van de onderzoeksresultaten een antwoord op de onderzoeksvragen die centraal stonden in dit onderzoek en hoofdstuk 5 sluit af met de hieruit voortvloeiende conclusies en aanbevelingen. Bij het lezen van dit rapport is het belangrijk om in gedachte te houden dat de beschreven uitkomsten gebaseerd zijn op wat een kleine groep respondenten ons heeft verteld en dat deze niet zonder meer te generaliseren zijn naar alle zorg- en welzijnsorganisaties in Rotterdam.

2 Onderzoeksmethode

Voor deze quickscan zijn semigestructureerde interviews afgenomen met vertegenwoordigers van 14 zorgorganisaties en 2 welzijnsorganisaties waarmee de gemeente een inkoopovereenkomst heeft.

In deze interviews stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Welke eHealth toepassingen gebruiken organisaties?
2. Wat was de aanleiding voor het gebruik en wat is de visie van de organisatie ten aanzien van eHealth?
3. Welke voordelen verwachten of ervaren de organisaties van het gebruik van de eHealth toepassingen en welke bevorderende en belemmerende factoren kwamen zij tegen bij de implementatie ervan?
4. Wordt het gebruik van eHealth geëvalueerd?
5. Hoe vindt de borging van eHealth plaats binnen de organisatie?
6. Hoe staat het met het gebruik van subsidie-regelingen?
7. Welke mogelijkheden zien de organisaties voor de inzet of uitbreiding van eHealth in de toekomst? En wat is hiervoor nodig?

2.1 Werving

Contractmanagers van de gemeente hebben via hun bestaande contacten met zorg- en welzijnsorganisaties geïnventariseerd welke organisaties een geschikte informant konden aanleveren voor dit onderzoek. Dit moest bij voorkeur iemand zijn die zowel op strategisch als op uitvoerend niveau op de hoogte was van het gebruik van eHealth binnen de organisatie.

Voor de zorgorganisaties leverde dit een lijst op met potentiële deelnemers aan het onderzoek, waaruit de

onderzoekers nog een nadere selectie hebben gemaakt van 12 grotere en kleinere organisaties evenredig verdeeld over de vier verschillende cliënt-groepen.

Welijnsorganisaties die aan het onderzoek konden en wilden deelnemen is door hun contractmanager gevraagd direct contact met ons op te nemen. Twee welzijnsorganisaties gaven gehoor aan deze (herhaalde) oproep en hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Pas in tweede instantie werd besloten om ook jeugdhulporganisaties te betrekken bij het onderzoek. Ook onder deze organisaties is een (herhaalde) oproep uitgezet waarop eveneens twee organisaties positief hebben gereageerd.

Een overzicht van de deelnemende organisaties is opgenomen in hoofdstuk 3.

2.2 Dataverzameling

In de periode van 28 mei tot 23 juni zijn 16 semigestructureerde interviews van 30-60 minuten afgenomen met vertegenwoordigers van zorg- en welzijnsorganisaties. In twee gevallen ging het om een dubbelinterview met twee respondenten die over complementaire informatie beschikten. Vanwege de coronacrisis waren face-to-face interviews niet toegestaan en hebben alle interviews telefonisch of via beeldbellen plaatsgevonden.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een van tevoren uitgewerkte en met de projectgroep afgestemde topiclijst (bijlage A). De hoofd- en subvragen uit de onderzoekopzet vormden de ruggengraat van deze topiclijst. Respondenten ontvingen een vereenvoudigde versie hiervan voorafgaand aan het interview zodat zij zich konden voorbereiden en eventueel ontbrekende informatie konden opzoeken. Een collega van een van de respondenten heeft de

vragenlijst schriftelijk beantwoord. Van alle interviews is een audio-opname gemaakt die vervolgens is getranscribeerd.

2.3 Data-analyse

De uitgeschreven interviews zijn in ATLAS.ti¹⁰ gecodeerd en thematisch geanalyseerd. Hiervoor is een codeboom in ATLAS.ti aangemaakt analoog aan de hoofd- en subthema's uit de topiclijst. Aan de hand

van deze codeboom zijn tekstfragmenten uit de interviews gelabeld en gerubriceerd. Met deze manier van werken wordt alle informatie over hetzelfde onderwerp uit verschillende documenten overzichtelijk gegroepeerd wat analyse vereenvoudigt.

De eerste versie van de codeboom is door twee onderzoekers getest en aangevuld tijdens het coderen van de eerste vier interviewverslagen. Met deze tweede versie van het codeboek zijn vervolgens de resterende interviewverslagen gecodeerd.



¹⁰ ATLAS.Ti is een applicatie voor de kwalitatieve analyse van grote hoeveelheden tekst, afbeeldingen en audio- en videogegevens. Het biedt een scala aan hulpmiddelen voor het uitvoeren van de taken die zijn gekoppeld aan een systematische benadering van "zachte" gegevens. Dat wil zeggen materiaal dat niet op zinvolle wijze kan worden geanalyseerd met behulp van formele, statistische benaderingen.

3 Kenmerken deelnemende organisaties

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de organisaties en medewerkers die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Ook gaan we in op de kenmerken van deze organisaties: de soort ondersteuning die zij aanbieden, hun cliëntpopulatie en de digitale vaardigheden van hun cliënten en medewerkers.

Aan dit onderzoek hebben 16 organisaties deelgenomen; 3 ouderenzorgorganisaties, 3 organisaties voor verstandelijk beperkten, 3 organisaties voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), 3 organisaties voor lichamelijk beperkten (waaronder twee organisaties voor zintuiglijk beperkten), 2 jeugdhulporganisaties en 2 welzijnsorganisaties (zie tabel 1). Twee organisaties hebben in de interviews ook bruikbare informatie gegeven over het gebruik van eHealth voor andere cliëntgroepen: Pameijer voor hun cliëntgroep verstandelijk beperkten en Youz voor hun cliëntgroep jeugd (aangemerkt met * in de tabel).



Tabel 1 Overzicht deelnemende organisaties quickscan

Cliëntgroep	Organisatie
Ouderen	Aafje Hulp Thuis
	Laurens
	Tzorg
Verstandelijk beperkten	Eigenz (Zuidwester)
	Humanitas DMH
	Profila
	Pameijer*
GGZ	Pameijer
	Youz (Parnassia Groep)
	Zorgfamilie
Lichamelijk beperkten	Bartiméus
	Koninklijke Kentalis
	Directzorg
Jeugdhulp	Youz*
	Mentaal Beter
	Enver
Welzijn	WMO Radar
	DOCK

Onze respondenten zijn overwegend medewerkers uit de praktijk die vanwege affiniteit met innovatie of eHealth zijn overgestapt naar een innovatiefunctie binnen hun organisatie of dit onderwerp naast hun zorgwerkzaamheden erbij in 'portefeuille' hebben. Zo hebben we bijvoorbeeld gesproken met een innovatiefunctionaris, een eHealthcoördinator en productontwikkelaar, maar ook met een ambulant begeleider, een psychiater en een GGZ-psycholoog.

3.1 Aanbod en cliëntpopulatie

De organisaties die we spraken leveren zorg op verschillende resultaatgebieden en voor verschillende cliëntgroepen.

Zo bieden de ouderenzorgorganisaties huishoudelijke ondersteuning, thuiszorg, zorghotels, verpleeghuizen, dagbesteding en revalidatiezorg. De cliëntpopulatie van deze organisaties bestaat hoofdzakelijk uit ouderen, en daarnaast uit volwassenen die (soms tijdelijk) een beroep moeten doen op huishoudelijke ondersteuning.

Zorgorganisaties voor mensen met een lichamelijke beperking bieden vaak een combinatie aan van revalidatie en behandeling, ambulante woonbegeleiding en thuiszorg. De organisaties voor zintuiglijk beperkten zijn daarnaast ook actief in audiologische centra en onderwijs voor doven & slechthorenden en voor blinden & slechtzienden.

Deze organisaties ondersteunen mensen van alle leeftijden met een visuele, auditieve of anderszins fysieke beperking eventueel in combinatie met een verstandelijke beperking of GGZ-problematiek.

Zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking bieden thuisbegeleiding, beschermd wonen, dagbesteding, ambulante begeleiding, gezinshuizen en intramurale zorg.

Ze ondersteunen mensen van alle leeftijden met een verstandelijke beperking al dan niet in combinatie met GGZ-problematiek of niet aangeboren hersenletsel. Soms maken ook cliënten met een normale begaafdheid en meervoudige problematiek gebruik van het aanbod.

GGZ-organisaties beschrijven dat zij dagbehandeling, intramurale zorg, poliklinische zorg, individuele en groepsbegeleiding, bemoeizorg, thuiszorg, beschermd wonen en dagbesteding aanbieden en dat zij ook zijn vertegenwoordigd in wijkteams. Hun cliëntenpopulatie bestaat uit mensen van alle leeftijden met GGZ-problematiek, soms in combinatie met een verstandelijke beperking.

Jeugdhulporganisaties die we spraken bieden schoolmaatschappelijk werk, trainingen, pleegzorg en specialistische GGZ (individuele-, groeps- of gezinsbehandeling). Hun doelgroep bestaat uit jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) of GGZ-problematiek.

Het aanbod van welzijnsorganisaties omvat dagbesteding, toeleiding naar werk of hulp, groepsprogramma's gericht op welzijnsverbetering, een steunpunt voor mantelzorgers, maatschappelijk werk, gezinsondersteuning en huiswerkklassen. Hun aanbod is in de eerste plaats gericht op kwetsbare bewoners in de wijk, en een enkele activiteit is speciaal gericht op blinden en slechtzienden.

Organisaties beschrijven dat hun doelgroep varieert en dat, hoewel zij ook wel hoogopgeleide cliënten begeleiden, een aanzienlijk deel laagopgeleid is, van niet-westerse herkomst en beperkt taalvaardig. Een welzijnsorganisatie beschrijft dat hun focus vooral ligt op de kwetsbare bewoners in de wijk. Een GGZ-organisatie vult aan dat zij een toename zien in het aantal getraumatiseerde vluchtelingen uit Syrië en Irak in hun cliëntenbestand en dat een deel van hun cliëntenpopulatie bestaat uit mensen die zorg mijden. Verder merkt een jeugdhulporganisatie op steeds meer aanmeldingen te krijgen van jongeren uit 'goed functionerende gezinnen' die moeite hebben om te voldoen aan de hoge eisen die aan hen gesteld worden.

3.2 Digitale vaardigheden cliënten en medewerkers

Digitale vaardigheden van de cliëntgroepen worden beschreven als zeer uiteenlopend. Organisaties zien dat digitale vaardigheden onder ouderen, mensen met een migratieachtergrond en/of lage taalvaardigheden en cliënten met een laag opleidingsniveau, veelal beperkt zijn.

Over cliënten in de ouderenzorg wordt enerzijds opgemerkt dat deze groep beperkt digitaal vaardig is.

Tegelijkertijd lijkt de noodzaak voor ‘traditionele’ digitale vaardigheden ook af te nemen omdat apparaten steeds minder van deze vaardigheden vereisen. Wat deze groep volgens een respondent vooral moeite kost is de digitale communicatie met de gemeente. Dit wordt geweten aan het feit dat dit zowel taalvaardigheden als digitale vaardigheden vereist. Ouderdom betekent overigens niet altijd dat een cliënt niet digitaal vaardig is. Zo merkt een respondent op:

‘We hebben altijd aangenomen dat onze cliënten helemaal niet digitaal vaardig zijn, omdat ze ouder zijn. We hebben een aantal keren wel gemerkt, dat het eigenlijk wel mee blijkt te vallen.’ (Ouderen)

Voor een grote groep (veelal laagopgeleide) doven en blinden blijkt het taalgebruik in apps te ingewikkeld. Aan de andere kant is er een groep lichamelijk beperkte cliënten (bijvoorbeeld met autistische trekken) die erg goed overweg kan met digitale toepassingen en ook nog een groep ouderen/dementeren die het niet meer in zich heeft nog digitale vaardigheden te leren.

Het gebruik van een smartphone en apps is voor veel licht verstandelijk beperkten de normaalste zaak van de wereld. Complexere vaardigheden, zoals informatie opzoeken op internet is voor deze groep nogal eens lastig. Zo merkt een respondent op:

‘De digitale vaardigheden, vooral bij de jongere generatie ... gaat hartstikke goed en daar kan ik zelfs soms nog wat van leren. Ik ben vijftientig, maar ik moet eerlijk zeggen dat ik niet heel technisch ben gezien de foefjes tegenwoordig met mobiels en zo. Dat is wel grappig, daarin zijn ze wel heel wijs. De oudere generatie heeft er wat meer moeite mee.’

‘Het versturen van mails of echt dingen uitzoeken op internet, dat is soms weleens lastig. Maar bijvoorbeeld het gebruik van

een mobiele telefoon, dat weten ze echt van binnenstebuiten.’
(Verstandelijk beperkten)

Digitale vaardigheden van GGZ-clients worden beschreven als sterk uiteenlopend van jongeren die al gewend zijn veel digitaal te doen tot een groep met motorische- of cognitieve problemen of analfabeten voor wie digitale ondersteuning moeilijk is. Volgens een respondent zijn er:

‘... cliënten die meehelpen op de ICT-afdeling tot cliënten die ‘nog nooit een smartphone in hun handen hebben gehad’.
(GGZ)

In de jeugdhulp is er een groep jongeren die gewend is met digitale toepassingen te werken, voor wie eHealth toegankelijk is. Voor degenen die hier niet mee bekend zijn en voor ouders is het vaak lastiger.

Het taalniveau van de doelgroep van welzijnsorganisaties is vaak laag waardoor bijvoorbeeld digitale communicatie met de gemeente lastig is. Maar foto's rondsturen, filmpjes maken of deelnemen aan een WhatsApp groep gaat wel. Gebruik van digitale toepassingen is vooral lastig voor de groep ouderen in de wijk of mensen met een beperkte intelligentie.

Respondenten constateren dat digitale vaardigheden van het personeel samenhangen met leeftijd en opleidingsniveau. De jongere en hoogopgeleide medewerker is vaak handig met technologie. Voor de laagopgeleide en oudere medewerker is het vaak lastiger. Dit wordt niet altijd als een probleem ervaren omdat ook wordt opgemerkt dat van de medewerkers in lagere functies ook minder digitale vaardigheid wordt vereist. Medewerkers zijn soms ook selectief digitaal vaardig; zij kunnen dan wel overweg met applicaties die ze thuis gebruiken zoals social media of Spotify, maar niet of minder gemakkelijk met de applicaties die hun werkgever inzet zoals bijvoorbeeld een digitaal registratiesysteem.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van het onderzoek. Eerst gaan we in op wat voorafgaat aan de inzet van eHealth, vervolgens beschrijven we de huidige inzet met betrekking tot eHealth en daarna schetsen we de potentiële inzet van eHealth in de toekomst.

4.1 Wat eraan voorafgaat

In deze paragraaf beschrijven we eerst de aanleiding voor de inzet van eHealth. Daarna gaan we in op de visie ten aanzien van eHealth en de geschetste (verwachte) voordelen.

4.1.1 Aanleiding

Voor de ingebruikname van eHealth toepassingen noemen respondenten verschillende externe en interne aanleidingen, zoals de stimulans vanuit inkoop en subsidies, nieuwe wetgeving, het enthousiasme van een enkele medewerker en de coronacrisis.

Stimulering vanuit inkoop en subsidies

Respondenten zeggen dat er sprake is van een wens en stimulans vanuit de gemeente en zorgkantoren om eHealth toepassingen uit te proberen en te implementeren. De aannahme hierbij is dat met eHealth toepassingen de zorg efficiënter kan worden uitgevoerd en betaalbaar blijft.

Bij sommige organisaties werden door de gemeente gesubsidieerde digitale toepassingen als robotstofzuigers of tablets voor cliënten aangeboden als stimulans om eHealth in te zetten. Bij een welzijnsorganisatie was er sprake van een gewonnen prijsvraag, uitgezet door de gemeente. Hun gehonoreerde idee was het inrichten van een 'showwoning' in een wijk met 100 verschillende slimme digitale tools voor met

name ouderen en mindervalide mensen om langer en aangenamer zelfstandig te kunnen wonen.

Nieuwe wetgeving

Een respondent legt uit hoe nieuwe wetgeving in 2015 de aanleiding was tot integratie van eHealth in hun zorgaanbod:

'In de periode voorafgaande aan de grote transities van de zorg in 2015 met de WMO, de Jeugdwet en de Participatiewet, hebben wij heel erg ingezet op: wat gaat de burger nodig hebben? Wat is de bedoeling van die vernieuwende wetgeving? Dat is dat mensen meer eigen regie kunnen krijgen, dat ze zelfstandiger kunnen functioneren, veel meer in en mét de samenleving. Van daaruit hebben we een portfolio opgebouwd, met [eHealth] hulpmiddelen.' (GGZ)

Ook een respondent van een ouderenorganisatie ziet een wettelijke noodzaak om te innoveren omdat cliënten recht hebben op toegang tot hun medische gegevens en digitale toepassingen dit mogelijk maken.

Enthousiaste medewerkers

Soms is er bij organisaties sprake van een enkele medewerker met feeling voor digitale innovatie die vanuit enthousiasme bepaalde toepassingen introduceert en/of een subsidie weet binnen te halen. Zo vertelt een respondent dat dankzij een digitaal onderlegde medewerker een pilot gestart kon worden met de 'Memory lane'; speciale simpele tablets voor ouderen.

Corona als aanjager

Respondenten hebben het over een 'boost' die door de coronacrisis ontstond voor het gebruik van eHealth toepassingen. Overigens niet voor alle toepassingen, sommige technologieën die nog in ontwikkeling waren zijn juist blijven liggen. Zo noemde een respondent het plaatsen van speciale sensoren in huis om beginnende dementie te kunnen signaleren. Maar als het gaat om vormen van digitaal communiceren, dan heeft dit een vlucht genomen. Ten eerste in het contact tussen medewerkers en organisaties onderling, maar ook in het contact tussen hulpverleners en cliënten is veelvuldiger gebruik gemaakt van beeldbellen. In korte tijd zijn technologieën verbeterd en werden medewerkers en cliënten hiermee vertrouwd geraakt. Zo zegt een respondent:

'We zijn er al tien jaar mee bezig, met beeldbellen. Hoe moeizaam en hoe langzaam dat ging en hoe bizar snel het nu met corona is gegaan ... We hebben beeldbellen nu al als standaard in onze dienstverlening.' (GGZ)

4.1.2 Visie

Niet alle organisaties zijn al zover dat ze een concrete, uitgewerkte visie ten aanzien van de rol van eHealth of digitale innovatie in hun organisatie op papier hebben. Sommige organisaties staan nog aan de start van hun visieontwikkeling en hebben nog geen uitgesproken ideeën over de plaats die eHealth zou moeten krijgen in hun organisatie of aan welke doelen het zou moeten bijdragen.

Andere organisaties zijn een stapje verder en hebben wel duidelijk voor ogen aan welke doelen eHealth in hun organisatie zou moeten bijdragen, maar hebben dit nog niet geïntegreerd in hun beleid. Organisaties actief in de ouderenzorg beschouwen bijvoorbeeld digitale innovatie als kansrijk om het werk voor medewerkers beter te organiseren en daarmee de druk op de zorg te verlichten. Een andere respondent merkt op:

'EHealth is bij ons volop in ontwikkeling. Binnen de WMO liepen wij daar al binnen onze organisatie wat in voorop, omdat het ook wel heel erg past binnen deze doelgroep. Het zijn vaak cliënten die ook tussendoor even wat willen kunnen sparen. Dan is het ideaal om dat via eHealth te doen. Dus eigenlijk is de visie van de organisatie om dit steeds meer te gaan inzetten. Er worden ook steeds meer middelen ingezet om goed te kunnen werken op deze manier. En we werken ernaar toe om dat de komende tijd nog verder uit te diepen en vast te leggen.' (Verstandelijk beperkten)

Een aantal organisaties (bijvoorbeeld in de zorg voor verstandelijk beperkten) zegt dat digitale innovatie wel mag bijdragen aan een besparing, maar dat dit niet hun hoofddoel is. Volgens hen staat de behoefte van de cliënt centraal, en kan vervolgens gekeken worden welke rol zorgtechnologie kan spelen om in deze behoefte te voorzien. Volgens één van deze organisaties moeten digitale hulpmiddelen ertoe bijdragen dat de cliënt zich gezonder, beter of lekkerder voelt. Andere organisaties (GGZ en jeugdhulp) willen eHealth inzetten om de zelfstandigheid en zelfregie van de cliënt te vergroten. Ook zien GGZ organisaties mogelijkheden om met digitale innovatie meer te kunnen doen op het gebied van preventie, een grotere groep cliënten te kunnen bereiken en zo efficiënter te kunnen werken en bij te dragen aan talentontwikkeling en digitale inclusie.

Het zijn met name grote GGZ-organisaties die het verst lijken te zijn in hun visievorming en deze integreren in hun beleid en zorgstructuur. Zo vertelt één van deze organisaties dat zij heel gelaagd kijken bij een nieuwe zorgvraag. Eerst wordt gezocht naar een geschikt digitaal middel, vervolgens naar welke vaardigheden en welke training de cliënt nodig heeft om zelf de regie te kunnen pakken. Daarna komt pas de praktische ondersteuning op maat in beeld, bijvoorbeeld in de vorm van ambulante begeleiding thuis, op het werk of bij de dagbesteding.

4.1.3 (Verwachte) voordelen

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de door de organisaties genoemde voordelen van het inzetten van eHealth, waarbij de verwachte en ervaren voordelen niet altijd goed van elkaar te onderscheiden zijn. Wat voor de ene organisatie nog een verwacht voordeel is, wordt bijvoorbeeld bij een andere organisatie al in de praktijk ervaren (zoals gemakkelijker en efficiënter afhandelen van de administratie, laagdrempeliger toegang, minder reistijd en reiskosten, gemak voor de cliënt en betere monitoring). Bovendien hebben respondenten het vaak over voordelen zoals efficiëntie en kostenreductie die veelal gebaseerd zijn op percepties van cliënten, collega's en zichzelf, maar die meestal (nog) niet onderbouwd zijn door middel van een effectevaluatie of kosten-baten analyse. Daarom voegen we in deze paragraaf de verwachte en ervaren voordelen samen.

We zien dat voordelen verschillen per eHealth toepassing en niet altijd gelden voor alle cliënten en alle soorten zorg. Omdat beeldbellen de afgelopen maanden door veel organisaties is ingezet, gaan we veel van de genoemde voordelen daarover.

Opmerking: Er is niet specifiek gevraagd naar nadelen tijdens het interview, wel naar belemmeringen. De nadelen die terloops ter sprake kwamen, zijn samen met de belemmeringen terug te vinden onder belemmerende factoren bij paragraaf 4.2.2.

De genoemde voordelen van eHealth zijn heel divers en onder te verdelen in voordelen voor cliënten, mantelzorgers, medewerkers en organisaties.

Voordelen voor cliënten

Een vaak genoemd voordeel voor de cliënt is het gemak van het gebruik van eHealthtoepassingen. Men hoeft de deur niet uit, geen oppas te regelen, heeft geen reistijd en geen reiskosten, en kan bijvoorbeeld ook in avonduren of vanuit een andere locatie

deelnemen aan (groeps)gesprekken of ondersteuning. Ook hoeft men niet te wachten tot gespreksgroepen kunnen starten, omdat online groepen landelijk aangeboden kunnen worden en daardoor sneller vol zitten. Door het landelijk aanbod kunnen groepen ook beter op maat samengesteld worden. Een ander voordeel dat men noemt is dat de cliënt meer regie kan nemen over de eigen zorg en kan kiezen hoe hij zijn hulp wil hebben. Bovendien kunnen door het aanleren van digitale vaardigheden voor eHealth toepassingen ook andere digitale toepassingen ontsloten worden voor de cliënt (digitale inclusie), waardoor hij/zij meer regie krijgt in een maatschappij die steeds digitaler wordt:

'Dat is een enorme uitdaging, om vanuit die individuele vraag van de kwetsbare Rotterdammer die een ondersteuningsvraag heeft, te onderzoeken op welke wijze we de persoon meer eigen regie kunnen geven, meer eigen verantwoordelijkheid kunnen geven, zijn talenten kunnen ontwikkelen – ook met digitale middelen. En ja, dat hoort er in deze tijd toch echt bij, ook het ontsluiten, die digitale inclusie zoals we dat dan ook als belangrijkste speerpunt hebben. ... En ze ook echt laten meedoen in de samenleving, ook meedoen in de digitale wereld, wat zeker in coronatijd hard nodig is geweest.' (GGZ)

Daarnaast noemt men als voordeel van eHealth dat het contact met de organisatie laagdrempeliger kan worden, bijvoorbeeld omdat het voor sommige cliënten gemakkelijker is hulp te vragen via een app dan face-to-face.

Verder is genoemd dat het eenvoudiger is om afspraken te maken en de cliënt te herinneren aan de afspraak, bijvoorbeeld via sms of app. Ook het invullen van formulieren kan vaak gemakkelijker en efficiënter online. Tot slot noemen organisaties dat bepaalde eHealth toepassingen de veiligheid kunnen vergroten, bijvoorbeeld bij gebruik van digitale sleutels in plaats van huissleutels in de thuiszorg of van sensoren die 's nachts beweging registreren bij dementerende cliënten.

Voordelen voor mantelzorgers

Een van de respondenten noemt als voordeel dat de inzet van eHealth de samenwerking tussen mantelzorgers en zorgmedewerkers kan versterken. Een ander voordeel is dat mantelzorgers met bepaalde eHealth toepassingen ook zelf makkelijker de cliënt kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld via beeldbellen of een interactieve zorgrobot:

'Het leuke van zo'n robot is dat de mantelzorgers of naasten ook toegang kunnen krijgen tot het programma en er dus ook boodschappen in kunnen zetten. Dus het is echt iets wat heel interactief is.'
(Verstandelijk beperkten)

Voordelen voor medewerkers

Ook voor medewerkers is gemak een van de vaak genoemde voordelen van het gebruik van eHealth. Ze hebben geen reistijd en reiskosten, en kunnen flexibeler afspraken inplannen. Door digitale en niet-digitale zorg te combineren ('blended care') kan zorg bovendien meer op maat geleverd worden:

'De FAKT-teams [voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening] hebben iPads, dan doe je wederom iets van blended care. Dus dan gaat de ene behandelaar met de laptop naar de cliënt toe en dan is de andere behandelaar van afstand aan het mee behandelen, dat is ook een optie.' (GGZ)

Daarnaast zien respondenten als voordeel dat bepaalde eHealth toepassingen medewerkers kunnen helpen om sneller in te spelen op vragen of problemen van de cliënt, bijvoorbeeld doordat online contact vaker mogelijk is dan face-to-face contact. Ook het monitoren door middel van zorgrobots en sensoren kan hierin een rol spelen:

'Het fijne van die Tessa robot is dat hij ook ja en nee registreert. Dat de robot zegt van, 'Piet het is tien uur en je moet je medicijnen innemen' en Piet zegt, 'Nee, ga ik niet doen'. Dan wordt het woordje nee geregistreerd. Dat kan je dus als mantelzorger of als begeleider monitoren en dan kan je daar op in spelen. Dat zijn gespreks-onderwerpen waar je het over kan hebben met de familie of met de cliënt zelf: 'Hé, ik merk dat dat moeizaam gaat. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat dat beter bij jou past?'
(Verstandelijk beperkten)

Men ziet ook praktische voordelen, zoals het gemakkelijker en efficiënter online afhandelen van de administratie. Bovendien kan er volgens een respondent van een GGZ-organisatie meer ruimte komen voor de eigenlijke begeleiding of ondersteuning tijdens het face-to-face contact door praktische zaken digitaal af te handelen, zoals een binnengekomen brief of iets regelen met een instantie.



Door de vele beschikbare eHealth toepassingen zijn er veel mogelijkheden voor de ondersteuning en begeleiding van cliënten, wat de zorg uitdagender kan maken voor de medewerkers. Men ziet ook als voordeel dat bepaalde eHealth toepassingen de fysieke belasting voor medewerkers kunnen verlichten en de veiligheid kunnen vergroten, zoals het voorbeeld van de digitale sleutels in de thuiszorg laat zien. Bovendien vertelt een respondent van een ouderenorganisatie hoe medewerkers die niet meer in staat zijn fysieke zorg te leveren, wél ingezet kunnen worden voor beeldbellen:

‘Ik denk dat we beter moeten kijken naar de mensen die binnen de organisatie ziek zijn of herstellende. Dat zijn eigenlijk mensen die je vaak heel erg goed kunt gebruiken om zorgtechnologie te implementeren. Want die willen niet thuiszitten, maar ze kunnen net niet werken. ... Maar ze kunnen wel beeldbellen nu natuurlijk. En ik zie als je die groep meer gaat betrekken in innovatieprojecten, dat is een hele mooie voedingsbodem. Ze zijn lekker aan het werk, je maakt ze enthousiast. En dat enthousiasme brengen ze weer over op hun collega's.’ (Ouderen)

Voordelen voor de organisaties

Volgens een jeugdhulporganisatie is het een voordeel dat eHealth ingezet kan worden voor triage bij de intake, waarbij onderscheid gemaakt wordt in lichtere en zwaardere zorg. Door vervolgens eHealth in te zetten bij de lichtere zorgvraag, is volgens de respondent meer persoonlijke inzet mogelijk bij de zwaardere zorgvraag. Daarnaast zien respondenten eHealth als middel om zwaardere zorg te voorkomen of te verlichten:

‘Om gewoon sneller meer te kunnen monitoren in kortere sessies. Waardoor je sneller problemen kunt opsporen en eventueel het beleid van behandelen kunt aanpassen. Waardoor je eigenlijk nog betere zorg gaat leveren. Dus we schroeven het eigenlijk een beetje op, maar uiteindelijk denk ik dat het veel meer

geld oplevert, omdat je sneller kunt handelen. Dus je gaat veel meer problemen voorkomen.’ (Ouderen)

‘Binnen de digitale poli zitten alleen behandelaren die dat ook leuk vinden en goed kunnen. We zien dat dat veel wordt ingezet, aangevraagd door behandelaren van verschillende afdelingen, omdat we ook een stukje zwaarte van de afdelingen daarmee weghalen.’ (GGZ)

Respondenten noemen ook verschillende voordelen voor de organisatie door de dienstverlening ‘blended’ te doen, zoals minder reistijd en reiskosten, waardoor ze ook effectiever en productiever zijn. Dit laatste geldt ook voor het eerder beschreven landelijk online zorgaanbod, waardoor er veel vaker groepen kunnen starten. Een respondent vertelt verder over het mogelijke efficiëntie voordeel van het inzetten van de Tessa robot bij cliënten die zij altijd overal aan moeten herinneren:

‘Een cliënt overal aan moeten herinneren betekent tijd inleveren, want dat kost heel veel tijd van je indicatie. Dus op het moment dat dit zou werken, zou er veel efficiënter begeleiding ingezet kunnen worden op de andere gebieden dan alleen het herinneren van afspraken, herinneren van activiteiten die de cliënt moet doen. Dus dat is hoe dat wordt ingezet.’ (Verstandelijk beperkten)

Organisaties noemen verder als voordelen dat afspraken voor beeldbellen of online ondersteuning flexibeler ingepland kunnen worden dan face-to-face bezoeken en er minder locaties nodig zijn voor zorg en ondersteuning. EHealth kan ook kostenbesparend werken door zorgmomenten of de zorgduur te verminderen, zonder dat het ten koste hoeft te gaan van de kwaliteit van zorg, volgens deze respondent:

‘Als jij twee uur per week zorg mag leveren en je zegt: de ene week zet ik die twee uur in met een fysiek moment en die week erna zeg ik: het gaat misschien niet goed

met die cliënt, ik ga vier keer een moment van een kwartier [beeldbellen] inbouwen om eventjes op deze manier een vinger aan de pols te houden. Dan heb je daar wel een win-win situatie. Dit vind ik wel hele grote voordelen. Dit is kostenbesparend, dus ja.'
(Lichamelijk beperkten)

Organisaties noemen ook dat ze met eHealth zorg op maat kunnen leveren door beter aan te sluiten bij de cliënt en de wijze waarop iemand graag zijn/haar hulp wil hebben. EHealth toepassingen kunnen bovendien de fysieke belasting van medewerkers verminderen. Een van de organisaties noemt dat online registratie zorgt voor beter overzicht en correctheid van gegevens. Daarnaast kan men via een app gemakkelijk en snel vrijwilligers vinden voor klusjes.

Een respondent van een jeugdhulporganisatie noemt nog als voordelen van het digitaliseren van de vakinhoudelijke uitwisseling tussen organisaties (bv. op nationaal niveau) dat het makkelijker is afspraken in te plannen en dat het heel veel reistijd scheelt.

4.2 De huidige inzet van eHealth

In deze paragraaf beschrijven we de huidige inzet met betrekking tot eHealth. Eerst gaan we uitgebreid in op de gebruikte toepassingen en de belemmerende en bevorderende factoren. Daarna komen evaluatie, borging en subsidies aan bod.

4.2.1 Gebruikte eHealth toepassingen

We beschrijven per sector een aantal eHealth toepassingen die genoemd zijn door respondenten van de verschillende organisaties.

GGZ

Voorals binnen de GGZ wordt eHealth op diverse manieren ingezet. Ten eerste zijn er de informatieve eHealth modules om digitaal voorlichting te geven. Cliënten kunnen die thuis zelfstandig doornemen.

Daarnaast heeft een van de GGZ-organisaties een digitale poli voor behandeling, waar speciaal getrainde behandelaren werken. Ouders of jongeren krijgen inloggegevens van de Digipoli omgeving en in die omgeving kunnen zij zich inlezen over bijvoorbeeld autisme, filmpjes kijken en opdrachten maken. Daaraan gekoppeld hebben zij online bijeenkomsten, met andere ouders of met andere jongeren en hun behandelaar van de Digipoli. In diezelfde omgeving is er ook een online community. Daar kunnen ouders op een forum met elkaar in gesprek gaan.

Een andersoortige eHealth toepassing binnen een GGZ-organisatie is een webapplicatie met videocommunicatie voor cliënten die hun sociale netwerk willen vergroten en bijvoorbeeld een vriend of een vriendin zoeken. De applicatie is volgens de respondent helpend voor mensen die niet zo goed in staat zijn om gevoelens tot uiting te brengen of het moeilijk vinden om contact te maken.

Als het gaat om doelgroepen waarin de handicap grote invloed heeft op hun cognitieve en/of motorische vaardigheden zijn er meer maatwerk oplossingen die samen met bedrijven worden ontwikkeld. Een respondent vertelt over een mobiele applicatie als vervanging van het 'meeneemschriftje', waarin de ouders opschreven wat er die ochtend thuis was gebeurd. Daarmee ging het kind naar het dagverblijf. Daar schreef de begeleider op wat er die dag plaatsvond. Dat schriftje is nu gedigitaliseerd. Het is nu het 'Ik-boekje', middels een iPad waarin ook foto's en filmpjes geplaatst worden, en waarin nu veel meer informatie bij elkaar gebracht kan worden dan in het schriftje. Hiermee ontstaat een completer beeld, waarin het kind een stem krijgt over zijn of haar emoties.

Een ander initiatief vanuit een GGZ-organisatie is om met Rotterdamse bedrijfjes te kijken hoe met visuele prikkels, schermpjes en interactie, digitaal gecommuniceerd kan worden met mensen met een cognitieve beperking. Ook maken GGZ-organisaties gebruik van sociale robots en knuffelrobots, bijvoorbeeld om mensen uit hun isolement te halen wanneer zij in

zichzelf gekeerd zijn. Met de Hogeschool Rotterdam worden die sociale robots ontwikkeld. Dat is een meerjarig programma waarin gaandeweg een robot-model steeds verder wordt verbeterd.

Ouderenzorg

Organisaties voor de ouderenzorg verwachten veel van robotica en domotica zodat ouderen met slimme apparaten in huis langer zelfstandig kunnen zijn. Zo is er de 'home box'. Volgens een respondent is het een soort pizzadoos - waarin allerlei sensoren zitten - die in huis geplaatst kan worden en waarmee handelingen van ouderen kunnen worden gedetecteerd. Met een mobiele app kunnen mantelzorgers dan bijvoorbeeld precies zien wanneer hun moeder is opgestaan, of wanneer ze de koelkast heeft geopend om wat te eten of te drinken en of ze die dag naar de wc is geweest. Het betekent dat mantelzorgers, maar ook de huishulpen minder vaak langs hoeven te gaan of moeten bellen.

Respondenten geven wel aan dat alles op het gebied van eHealth nog erg in ontwikkeling is in pilots en dat de ouderenzorg wat dat betreft niet vooroploopt. Het blijkt in de praktijk ook lastig om sommige toepassingen af te stemmen op de omstandigheden en capaciteiten van cliënten. Het inzetten van 'Robot Maatje' is daarvan een voorbeeld. Deze sociale robot blijkt in de praktijk al snel toch wel erg kinderachtig voor de meer sociaalvaardige cliënten. Cliënten maken dan opmerkingen in de trant van: 'Ik kan ook gewoon mijn kleinkinderen bellen, dus waarom moet ik met een robotje praten?'. Hetzelfde geldt voor de robot Tessa, een sociale robot – ook wel de bloempotrobot genoemd vanwege het uiterlijk – die ondersteunt bij de dagelijkse structuur en suggesties geeft voor activiteiten, met tekst en muziek. Met de bedoeling om ouderen te activeren. Volgens een respondent blijkt deze in de praktijk voor sommige cliënten prima te werken, bijvoorbeeld om de cliënt eraan te herinneren dat het taxibusje straks komt. In andere gevallen wordt dezelfde robot door cliënten ervaren als een enorme zeur, bijvoorbeeld als deze gaat zeggen dat het tijd is om de tanden te poetsen.

Organisaties voor verstandelijk beperkten

Een organisatie voor verstandelijk beperkten is op kleine schaal gestart met de aanschaf van tablets en zorgrobots. Het zijn dezelfde Tessa robots als in de ouderenzorg. Het is een pilot die nog maar net loopt en er valt nog niet veel te zeggen over resultaten. De eerste indrukken zijn echter dat het 'bloempotrobotje' - met bijvoorbeeld de opdrachten om op te staan omdat het al acht uur is en dat om tien uur de medicijnen moeten worden ingenomen - leuk wordt ontvangen.

Een andere organisatie is bezig met de ontwikkeling van 'Whereby', een digitale stamkroeg bedoeld voor cliënten onderling, die onder coördinatie van een medewerker samen kunnen komen. Het is bedoeld voor een ontspannen contact om te praten over van alles en nog wat of om bijvoorbeeld een quiz te doen. Deze organisatie vertelt ver gevorderd te zijn met het ontwikkelen van het cliëntportaal waarin deze apps te vinden zijn. Dit portaal wordt steeds meer gevuld met allerlei digitale hulpmiddelen voor het dagelijks leven, zoals een relax-app of een kook-app. De structuur van het portaal zit in de 'cloud', waardoor de veiligheid beter gewaarborgd is. Bovendien heeft de organisatie een intrasite waarop alles te lezen is hoe dat werkt en hoe je dat kan gebruiken. Ze gebruiken voor alles de 'Airship' omgeving. Hiernaast werkt de organisatie ook met 'IQ messenger': dit is een soort etalage met allemaal mogelijkheden op het gebied van beveiliging tot en met hulp bij verschillende apparaten. Een apparaat wat bijvoorbeeld kan worden toegevoegd is 'Actiwatch', waarmee het slaappatroon van cliënten in beeld kan worden gebracht.

Organisaties voor lichamelijk beperkten

Een respondent van een organisatie voor lichamelijk beperkten geeft aan dat naast een nieuw systeem voor elektronische cliëntendossiers (ECD's), ook een module wordt geïmplementeerd die beeldbellen mogelijk maakt en als dusdanig kan inplannen in het systeem. Daarmee wordt een beeldzorgmoment geregistreerd als een zorgmoment.

Een organisatie voor zintuiglijk beperkten ontwikkelt een groter digitaal cursusaanbod, zowel voor cliënten en medewerkers als externe organisaties, omdat de organisatie een expertiseorganisatie is en veel kennis wil overdragen. Daarnaast wil de organisatie Karify verder goed implementeren. Karify verbindt gebruikers en professionals via eHealth interventies, veilige communicatie, informatie-uitwisseling en online inzage.



Jeugdhulpverlening

Binnen een jeugdhulporganisatie is er de website 'Help ff' met een chatfunctie. Jongeren uit de regio kunnen zo online vragen stellen aan hulpverleners. Het is vooral bedoeld voor jongeren die bang zijn om een bepaalde vraag te stellen. Bijvoorbeeld: 'Ik denk dat ik zwanger ben, wat zou ik moeten doen?' In dat soort gevallen is het volgens een respondent fijn voor jongeren om af te tasten hoe een professional daarop reageert. Als ze voelen dat die vraag niet raar is dan durven ze eerder naar een 'echt' persoon toe te stappen om dit te bespreken.

Een organisatie voor jeugdhulp participeert in 'Garage2020 Rotterdam'. Dit is een werkplaats met diverse participanten, waaronder de gemeente Rotterdam. Met een team van ontwerpers, data-wetenschappers, filosofen, ambtenaren en zorg-professionals bundelen zij kennis en kunde samen met jongeren en ouders om passende oplossingen te bedenken voor complexe vraagstukken binnen de jeugdhulp. EHealth toepassingen spelen daarin een belangrijke rol. Zo is er de mobiele app MONNIE gemaakt voor jongeren met een taalachterstand.

Het is een app waarmee organisaties jongeren kunnen helpen om schulden te voorkomen. Daarnaast is deze jeugdhulporganisatie bezig met onderzoeken hoe robotica ouders kan helpen bij de ondersteuning van de zorg voor hun kind. De verschillende toepassingen zitten nog in een testfase.

Welzijnsorganisaties

Zoals eerder beschreven heeft een welzijnsorganisatie een 'Comfortwoning' in een Rotterdamse wijk ingericht met 100 verschillende robotica en domotica tools. Bewoners kunnen op afspraak de woning bezoeken. Er is een aantal vrijwilligers opgeleid als ambassadeurs die rondleiding geven en uitleggen wat er in die woning te zien is. Als mensen bijvoorbeeld een robokat, robodog, senioren smartphone of een Google Home thuis uit willen proberen, dan kunnen ze die lenen. Dan komt iemand dat thuis afleveren en uitleggen hoe het werkt. Het idee is dat de bewoner dan kijkt of het bevalt.

Een andere welzijnsorganisatie heeft de applicatie 'CallDock' ontwikkeld. Het is een tool waarmee bewoners digitaal vragen kunnen stellen. Een respondent van deze organisatie wijst erop dat met het aanbieden van een digitale manier om vragen te stellen bewoners kunnen worden bereikt die anders onder de radar blijven omdat ze zich schamen om fysiek naar de organisatie te gaan. Met het ingaan van de corona lockdown heeft een welzijnsorganisatie de 'Memory lane' tablet gegeven aan een aantal ouderen in een wijk. Deze is heel simpel te bedienen en gebruikers kunnen via geprogrammeerde nummers direct contact maken om bijvoorbeeld te beeldbellen.

Schema technologische eHealth innovaties

Voor het overzicht zijn de meest genoemde eHealth toepassingen geplaatst in een schema naar soort technologische innovaties die ingezet worden tussen cliënt en zorgverleners, zie tabel 2.

Tabel 2. Schema technologische eHealth innovaties

Technologie	Toepasbaarheid	Voorbeelden
Webapplicaties	Toepassingen via de webbrowser, zoals patiënt-portalen of educatieportalen voor zorgverleners.	Help ff Whereby Karify CallDock eHealth modules
Mobiele apps	Toepassingen die via een mobiel apparaat worden aangeboden, zoals gezondheids- en medische apps.	Ik-boekje MONNIE
Elektronische patiëntendossiers en persoonlijke gezondheidsdossiers	Systemen waarin zorgverleners medische patiëntgegevens registreren binnen hun eigen zorgorganisatie.	Karify
Health-sensoren en wearable devices	Draagbare apparaten die patiënten gebruiken om lichaamsfuncties te meten, de resultaten te verzamelen en eventueel door te geven aan een zorgprofessional.	IQ messenger Actiwatch
Videocommunicatie	Toepassingen waarbij een zorgprofessional digitaal 'face-to-face' contact kan hebben met patiënten.	Beeldbellen Memory lane Digipoli
Domotica	Verzamelnaam voor toepassing van elektronica voor automatisering in huis. Het gaat vaak om een combinatie van omgevingsbewuste sensoren. Een voorbeeld is gebruik van sensoren voor valdetectie bij ouderen.	Home box Google Home
Robotica	Robots zijn zelfstandige machines die bepaalde taken kunnen verrichten, in het algemeen aangestuurd door computersoftware.	Robot Maatje robot Tessa robokat
Medische integratienetwerken	Elektronische netwerken waarover medische informatie wordt uitgewisseld, zoals medicatiegegevens en recepten.	Karify

Inzet van eHealth door onderaannemers

Organisaties werken meestal met onderaannemers, en zijn soms zelf ook onderaannemer voor een andere organisatie. In veel gevallen is bij respondenten niet bekend hoe en in welke mate hun onderaannemers gebruikmaken van eHealth. Een kwetsbaar punt waar door organisaties naar wordt verwezen is de compatibiliteit van digitale toepassingen die hoofd- en onderaannemer gebruiken. Als niet dezelfde technologie wordt gebruikt kan het koppelen van informatie problematisch zijn. Organisaties proberen er daarom voor te zorgen dat er gelijkgestemdheid is met de onderaannemer ten aanzien van de inzet van eHealth en het werken met dezelfde systemen.

Een organisatie voor ouderenzorg beschrijft dat zij bepalen met welke digitale toepassingen er wordt gewerkt en er vervolgens voor zorgen dat onderaannemers met dezelfde toepassingen werken. Een GGZ-organisatie neemt de bereidheid om met eHealth te werken mee als criterium bij de selectie van onderaannemers en trekt vervolgens gezamenlijk met hen op in de implementatie van nieuwe toepassingen. Een andere organisatie onderschrijft het belang hiervan, maar zegt hier desondanks niet altijd in te slagen:

'Soms lukt het wel om een onderaannemer mee te nemen in bepaalde digitale middelen. Zijn ze ook enthousiast, en willen ze daar ook wat meer van, dan delen we natuurlijk onze kennis en ervaringen. Het gaat soms zelfs zo ver dat we samen inkoop. Daar streven we wel naar, maar dat gebeurt nog niet op grote schaal.' (GGZ)

Ook in de jeugdhulp is de selectie van onderaannemers op basis van samenwerking op het gebied van eHealth niet vanzelfsprekend. Volgens hen spelen wachtlijsten en regiobinding bij de selectie de belangrijkste rol. Oftewel, welke aanbieders voor een bepaalde problematiek beschikbaar zijn en snel kunnen helpen.

Gestaakte pogingen tot implementatie van eHealth toepassingen

Niet alle toepassingen overleven een pilotfase. Een reden hiervoor kan zijn dat toepassingen niet eerder zijn getest bij die doelgroep en/of de toepassing voor de ene doelgroep misschien goed functioneert maar voor een andere helemaal niet. Dat blijkt dan bij de implementatie. Een respondent kan hier kort over zijn: 'Er sneuvelt heel wat in innovatieland'. Een goed voorbeeld hiervan is het initiatief van een jeugdhulporganisatie om een mobiele app te lanceren zodat jongeren niet via een website hoefden in te loggen als ze een hulpvraag hadden. Bij de pilot kwam naar voren dat op het moment dat iemand een acute hulpvraag heeft, niemand deze app al heeft gedownload. Bovendien is het helemaal geen 'coole' app die je op je smartphone wil hebben. Kortom, er werd geen gebruik van gemaakt en de app is verwijderd.

Een ander voorbeeld is een robotstofzuiger die een organisatie voor ouderenzorg een aantal jaren geleden introduceerde. Dit riep onder thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers veel weerstand op omdat men bang was dat daarmee de fysieke zorg zou worden afgeschaald. 'Hoe zit het dan met het kopje koffie drinken?' vroegen zij zich af. De weerstand was zo groot dat de pilot werd afgeblazen. Volgens de respondent niet om functionele redenen, want de stofzuigers schenen hun werk prima te doen, maar vanwege de weerstand bij medewerkers. Overigens geeft deze respondent aan dat dit intussen vijf jaar geleden was en medewerkers inmiddels meer gewend zijn geraakt aan eHealth toepassingen. De tijd is nu wellicht rijp om de pilot te herhalen.

Een welzijnsorganisatie voerde een paar jaar geleden een pilot uit met smartwatches. Deze werden gegeven aan een groep bewoners met een slechte gezondheid die meer wilden bewegen. De smartwatches werden gezien als stimulans om bepaalde dagelijkse doelen te halen. Maar ondanks alle uitleg die gegeven werd over het gebruik ervan, bleek het voor de bewoners veel te ingewikkeld en werden ze niet gebruikt. De pilot is volgens de respondent een stille dood gestorven.

Respondenten wijzen erop dat veel technologieën voor grote groepen cliënten te ingewikkeld blijken. Zij geven aan dat de implementatie van nieuwe technologieën moet plaatsvinden in hele kleine stapjes. Ook is het van belang om heel goed zicht te hebben op de doelgroep. Zo moest een organisatie voor verstandelijk beperkten uiteindelijk concluderen dat een door hen geïntroduceerde app om stemmingswisselingen door te geven; ‘Getgrip’, veel te kinderachtig bleek te zijn. Of het lag aan de gebruikte symbolen of aan de manier waarop gesproken werd is voor de respondent niet duidelijk. Het sloeg in ieder geval niet aan. Bovendien bleek dat op het moment dat de emotie heel hoog was, cliënten niet naar de app grepen.

4.2.2 Belemmerende en bevorderende factoren

Er zijn door de respondenten diverse belemmerende en bevorderende factoren genoemd bij de inzet van eHealth. Deze factoren hangen samen met de eHealth applicatie die wordt ingezet; een online module volgen voor je psychische begeleiding vraagt bijvoorbeeld veel digitale en taalvaardigheden, terwijl sensoren die monitoren of dementerende bewoners 's nachts door het huis spoken geen digitale vaardigheden van de cliënt zelf vragen. Omdat de meeste organisaties in de afgelopen periode vanwege corona ondersteuning op afstand moesten bieden, is vooral beeldbellen veel gebruikt. De meeste genoemde factoren hebben daarmee te maken.

Belemmerende factoren

De belemmerende factoren die genoemd zijn door de organisaties zijn onder te verdelen in belemmerende factoren met betrekking tot cliënten, mantelzorgers, medewerkers en organisaties, en overige belemmerende factoren.

Belemmerende factoren cliënten

Als belangrijkste belemmerende factoren met betrekking tot cliënten worden onvoldoende vaardigheden en middelen genoemd. Het ontbreekt cliënten vaak aan digitale en (Nederlandse) taalvaardigheden, wat

het gebruik van eHealth kan belemmeren. Daarnaast beschikken ze vaak niet over de benodigde apparatuur en internetverbinding, en hebben ze ook niet altijd de financiële middelen om deze aan te schaffen. Ook kan de aard van de problematiek belemmerend werken, zoals fysieke, zintuiglijke en verstandelijke beperkingen, psychische problematiek, multiproblematiek en zorgwekkende zorgmijders. Een respondent vertelt dat een aantal typen cliënten ‘het minder goed doen’ via eHealth dan met face-to-face contact:

‘... bijvoorbeeld hoe meer multiprobleem het wordt of hoe meer je richting de kliniek gaat [vanwege zwaarte van de problematiek], of met de zorgwekkende zorgmijders, dan zie je dat het digitale net iets te weinig binding of houvast geeft om ze daadwerkelijk binnen te halen. Die moet je echt thuis bezoeken wil je ze bezighouden.’ (GGZ)

Daarnaast beschrijven respondenten dat sommige cliënten niet meer ‘leerbaar’ zijn, bijvoorbeeld omdat ze een geestelijke beperking hebben én analfabeet zijn of:

‘... bij mensen bij wie de leerbaarheid dusdanig is aangetast vanwege ouderdom en/of dementie, is het ook niet meer realistisch. Het is niet voor iedereen haalbaar. En zeker mensen die nog nooit met een computer hebben gewerkt en die dan slechtziend of blind raken vanwege ouderdom, die zijn niet meer in staat om dat nog te leren.’ (Lichamelijk beperkten)

Bovendien geven organisaties aan dat de aard van de zorg een rol speelt, omdat niet alle zorg digitaal verleend kan worden, bijvoorbeeld lichamelijke verzorging, ondersteuning in het huishouden en een signalerende functie (zoals bij blinden). Bij cliënten met een migrantieachtergrond spelen naast onbekendheid met eHealth en digitale toepassingen, soms ook andere belemmerende factoren, aldus een respondent:

‘We hebben dus cliënten die uit verschillende werelddelen afkomstig zijn, waarin ook anders gekeken wordt naar de inzet van digitale middelen. Dan heb je dus iets anders te doen dan alleen maar even uit te leggen hoe een applicatie werkt. We hebben gemerkt dat wij veel cliënten hebben met een allochtone afkomst, voor wie het digitaal contact echt een goede oplossing is, maar waarin we echt heel veel tijd en aandacht moeten besteden aan het systeem eromheen. ... Omdat ze ook niet weten wat het betekent qua privacy. In de samenleving is er veel te doen over privacy-gevoeligheden, over dat je gegevens op straat liggen. Nou, dan komt er wantrouwen. In sommige culturen is dat best dominant: men vertrouwt de overheid niet.’ (GGZ)

Een andere belemmerende factor is dat toepassingen soms onvoldoende aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten en niet altijd gebruiksvriendelijk zijn. Het is bovendien soms de vraag of cliënten de toepassingen op de juiste manier gebruiken en bijvoorbeeld de juiste informatie door kunnen geven. Daarnaast zijn cliënten soms bang voor verlies van kwaliteit van zorg, zoals bij de inzet van de stofzuigerrobot.

Organisaties noemen verder dat sommige cliënten weerstand hebben tegen verandering (bv. cliënten met een autistische beperking). Zij zijn bijvoorbeeld gewend aan en verwachten face-to-face contact in plaats van online contact. Er zijn ook cliënten die een voorkeur hebben voor face-to-face contact en niet in beeld willen komen via beeldbellen. Daarnaast is de drempel om nieuwe onbekende systemen te gaan gebruiken soms te hoog. Cliënten houden bijvoorbeeld vast aan toepassingen die ze al kennen, maar die niet zorgproof zijn, waardoor niet aan AVG-eisen kan worden voldaan:

‘Leg nou eens aan een analfabeet-jongere uit dat als hij of zij contact wil hebben - wat hij of zij het liefst met WhatsApp doet - maar dat wij een andere app gebruiken,

want die is zorgproof, die is veilig. Ja, dat is ingewikkeld. En dat lukt soms ook gewoon niet, dus dat is ook echt een uitdaging.’ (GGZ)

Daarnaast noemt een respondent van een ouderenorganisatie dat het belemmerend is voor cliënten dat ze soms met verschillende systemen moeten werken als ze op meerdere terreinen zorg of ondersteuning krijgen.

In tabel 3 staat een overzicht van de belemmerende factoren met betrekking tot cliënten.

Tabel 3. Belemmerende factoren m.b.t. cliënten

Geen geschikte apparatuur & internetverbinding
Onvoldoende digitale vaardigheden en leerbaarheid
Onvoldoende (Nederlandse) taalvaardigheden
Aard van de problematiek & aard van de zorg
Onbekendheid met eHealth of digitale toepassingen
Angst voor privacy-issues
Wantrouwen tegen overheid
Toepassingen sluiten niet aan bij wensen en behoeften
Mogelijk onjuist gebruik van eHealth
Weerstand tegen verandering en/of in beeld komen
Voorkeur voor face-to-face contact
Voorkeur voor bekende niet ‘AVG-proof’ systemen
Verschillende systemen bij verschillende soorten zorg
Zorgen over afname kwaliteit van zorg (geldt ook voor mantelzorger)

Belemmerende factoren mantelzorgers

Volgens een respondent maken mantelzorgers zich soms zorgen over de afname van de kwaliteit van zorg door inzet van eHealth toepassingen. Bijvoorbeeld bij het inzetten van een stofzuigerrobot:

‘... mantelzorgers die zoiets hadden van: ‘Ja, hallo, gaan jullie nou stoppen met zorg door het inzetten van een robot die eigenlijk de helft kan wat een medewerker kan?’ ... Ze vinden het inferieur aan persoonlijke huishoudelijke hulp.’ (Ouderen)

Belemmerende factoren medewerkers

Als grootste belemmerende factor bij medewerkers wordt genoemd dat zij niet voldoende digitaal vaardig zijn, zoals eerder beschreven is. Daarnaast vraagt online communicatie ook andere vaardigheden. Een respondent merkt op dat ze in de samenwerking met cliënten zien dat eHealth echt wel kansen biedt, maar:

‘... we zien ook wel dat we er echt nog niet zijn. Omdat we medewerkers onvoldoende hebben uitgerust met: hoe doe je dat dan? En beeldbellen vraagt echt wat andere vaardigheden.’ (Jeugdhulp)

Een andere belemmerende factor die men noemt, is dat medewerkers niet alleen zelf digitale toepassingen moeten leren gebruiken, maar ook cliënten moeten trainen of ondersteunen in digitale toepassingen en dat vergt andere kwaliteiten dan de reguliere zorgtaken. Bovendien hebben medewerkers vaak te weinig kennis over de vele eHealth toepassingen die er zijn, waardoor het lastig is cliënten goed te adviseren en ondersteunen:

‘Een zorgprofessional is opgeleid in het ondersteunen van een goed gesprek, aandacht voor ziektebeelden ... En nu moet je iemand meenemen in: “Hoe leg ik nou uit hoe hij met een smartphone in onze digitale huiskamer kan komen, waarin we een aantal keren per week ...’ (GGZ)

‘Alleen, die professional, die moest ook een beetje innovator zijn, die moest kennis hebben van verschillende apps om te beeldbellen. Want de ene app, die kon die ouder of die cliënt niet begrijpen, maar die andere app wel.’ (GGZ)

Daarnaast noemt men dat niet alle medewerkers affiniteit hebben met eHealth of dat sommige medewerkers zelfs weerstand hebben tegen de inzet van eHealth, omdat ze bijvoorbeeld een voorkeur hebben

voor face-to-face contact of bang zijn voor verlies van kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld doordat ze onvoldoende beeld van het functioneren van een cliënt en de thuissituatie krijgen met (beeld)bellen:

‘Heel veel mensen kiezen voor zorg en niet zozeer voor een functie waarbij ze digitale vaardigheden met zich mee moeten nemen – dat is altijd zo geweest, laat ik het zo zeggen. Daar hebben we nu een omschakeling in en dat is vrij pittig.’ (Ouderen)

‘Ik zou er zelf wel voor waken om het [beeldbellen] structureel te doen, want mensen zien soms zelf ook de aard van het probleem niet in. Ik heb bijvoorbeeld meegemaakt dat ik aan iemand vroeg: “Zullen we een fysieke afspraak maken of liever telefonisch?”. En dat deze persoon aangaf liever telefonisch af te spreken. Er waren ook al wat praktische dingen, dus ik stelde toch voor om bij hem buiten af te spreken [vanwege corona] om die praktische dingen ook te kunnen doen. Toen ik bij die meneer in de thuissituatie was, was er een aanmaning die al een aantal weken was blijven liggen en was er een probleem met de taxi. Als ik alleen een telefoongesprek met die meneer had gehad, dan waren die dingen niet boven tafel gekomen. Dan had ik niet van de problemen af geweten. Dus juist die signalerende functie is van een enorme meerwaarde.’ (Zintuiglijk beperkten)

Respondenten noemen verder dat medewerkers het werken met eHealth soms als intensiever ervaren, omdat ‘screen-to-screen’ contact vermoeiender is dan face-to-face, er online meer mogelijkheden zijn of omdat niet alles soepel verloopt door bijvoorbeeld technische of verbindingsproblemen. Bovendien gaat beeldbellen achter elkaar door omdat er geen reistijd tussen twee afspraken zit, waarin even pauze gehouden kan worden. Daarnaast zijn ze door bijvoorbeeld het gebruik van apps en beeldbellen laagdrempeliger bereikbaar voor cliënten. Cliënten die gewend zijn om nu te (beeld)bellen in plaats van langs te komen of huisbezoek te krijgen, doen dat nu vaker ook

tussendoor of 's avonds. Bovendien hebben cliënten



minder besef van de tijdsinvestering door de medewerker bij online contact of beeldbellen, aldus een respondent van een GGZ-organisatie.

Andere genoemde oorzaken van weerstand onder medewerkers zijn dat men vindt dat de toepassingen te ingewikkeld zijn, niet aansluiten bij hun wensen en behoeften, dat ze bang zijn hun baan kwijt te raken of eHealth zien als een bezuiningsstap. Volgens een van de respondenten zijn met name oudere werknemers soms bang voor veranderingen. Als de medewerker weerstand heeft tegen de inzet van eHealth, zal hij/zij de cliënt ook niet kunnen motiveren om eHealth te gaan gebruiken:

‘Nou ja, een belemmerende factor kan altijd zijn dat de medewerker er niet in gelooft. Als de medewerker er niet in gelooft, zou dan de cliënt erin geloven?’
(Verstandelijk gehandicapten)

Andere genoemde belemmerende factoren zijn niet goed werkende digitale apparaten, onvoldoende internetverbinding en geen geschikte werkplek thuis. In tabel 4 staat een overzicht van de belemmerende factoren met betrekking tot medewerkers.

Tabel 4: Belemmerende factoren m.b.t. medewerkers

Onvoldoende digitale vaardigheden
Andere gespreksvaardigheden online communicatie
Andere vaardigheden & kennis nodig voor ondersteuning cliënt m.b.t. gebruik digitale toepassingen
Geen affiniteit met eHealth of zelfs weerstand; dan moeilijk cliënt te motiveren
Zorgen over afname kwaliteit van zorg
Voorkeur voor face-to-face contact
Screen-to-screen contact intensiever dan face-to-face
Toepassingen sluiten niet aan bij wensen en behoeften
Bang voor verandering
Angst voor verlies baan
Geen geschikte apparatuur & internetverbinding
Geen geschikte werkplek thuis

Belemmerende factoren organisaties

Respondenten noemen dat een belangrijke belemmerende factor met betrekking tot de organisatie is dat er geen duidelijke visie bestaat met doelstellingen en voordelen voor cliënten en organisatie. Een respondent vertelt hierover:

‘Ik merk zelf - en dan ga ik even overstappen op de memory lane tablet - dat het ons eigenlijk ontbreekt aan een heldere visie waarom wij denken dat die oudere daarmee geholpen is en waarom wij denken dat wij daar zelf misschien ook wel mee geholpen zijn als we zo’n tablet inzetten. Als dat niet goed helder is, is dat een handicap in het introduceren van zo’n product. We liepen daar afgelopen jaar tegenaan.’ (Ouderen)

Daarnaast noemt een van de organisaties dat het belemmerend werkt als de mate van verandering groot is, zoals het integreren van eHealth in het zorgaanbod of een nieuw registratiesysteem. Het kost bovendien tijd om eHealth binnen de organisatie goed in te voeren. Daarnaast heeft iedere organisatie zijn eigen systeem met een eigen PGO, waardoor het onoverzichtelijk wordt voor cliënten. Deze systemen zijn moeilijk te koppelen, omdat men zijn ‘verdienmodel niet weg wil geven’, of aldus een respondent:

‘Iedereen in Nederland roept: “De cliënt centraal”, maar als puntje bij paaltje komt, dan wil niemand zijn systeem aan elkaar koppelen, omdat het én AVG technisch lastig is, maar vooral omdat men bang is om de eigen controle als organisatie te verliezen. Dan moet de cliënt misschien wel in twee of drie van dit soort systemen, dat maakt het niet overzichtelijker voor iemand.’ (Ouderen)

Respondenten noemen ook andere belemmerende factoren met betrekking tot financiën, bijvoorbeeld omdat investeren in eHealth duur is:

‘Kijk, wij hebben negenhonderd cliënten in zorg. Wij kunnen nu ineens niet voor negenhonderd cliënten en medewerkers hardware aanschaffen. Dat is natuurlijk niet te doen.’ (Lichamelijk beperkten)

‘Kostenaspect, je kan niet overal op investeren. Dus beperkende factor is, denk ik, je hebt gewoon budget en je kan niet alles doen.’ (Verstandelijk beperkten)

Omdat eHealth toepassingen vaak onvoldoende aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van diverse groepen cliënten, is het soms nodig toepassingen op maat te ontwikkelen. Maar dit is vaak te duur voor zorg- en welzijnsorganisaties, die ook niet altijd voldoende verstand van techniek hebben om dit zelf te kunnen doen. Bovendien zijn zij geen commercieel bedrijf die de toepassing in de markt kunnen zetten. Voor commerciële bedrijven zijn de toepassingen op maat echter niet snel commercieel te maken als het om kleine cliëntgroepen gaat:

‘En dat is ingewikkelder helaas door de afhankelijkheid van softwarebedrijven. Dan kom je in een andere positie terecht, waarin je bedrijven moet motiveren te ontwikkelen ... Natuurlijk heeft zo’n bedrijf wel die behoefte, maar het moet natuurlijk ook weer commercieel zijn. Die willen natuurlijk een markt hebben waarin de applicatie ook bestaansrecht heeft. En dan wordt het spannend.’ (GGZ)

Er spelen ook vragen met betrekking tot het verdienmodel voor de organisatie. Zo vraagt een organisatie voor lichamelijk beperkten zich af hoe eHealth declabel gemaakt kan worden. Het werkt bovendien

belemmerend dat de kosten voor (groeps)training of ondersteuning van de digitale vaardigheden van cliënten niet zijn te declareren:

‘En dan kun je helemaal niet inzetten op trainen. Wij hebben ook trainingen om mensen digitaal vaardig te maken, maar dat is dan geen ondersteuning één op één. En probeer groeps- en digitale training maar eens in het juiste subsidie- of financieringsstroompje te stoppen. Dat gaat niet.’ (GGZ)

Daarnaast is genoemd dat elke gemeente eigen eisen heeft met betrekking tot het gebruik van eHealth en eigen regels voor declaratie (bv. van hardware). Dat maakt het onoverzichtelijk voor organisaties die in meerdere gemeentes werkzaam zijn. Een respondent noemt verder dat zij te weinig medewerkers hebben om cliënten één-op-één te ondersteunen op digitaal gebied en dat vrijwilligers zelf ook vaak niet digitaal vaardig zijn. Dus moeten zij heel veel investeren in deskundigheidsbevordering van vrijwilligers.

Een respondent van een ouderenorganisatie noemt nog als belemmerende factor dat zorgorganisaties te weinig kennis hebben van techniek en het onderhouden van systemen, en dat zij dat beter kunnen uitbesteden. Een respondent van een organisatie voor zintuigelijk beperkten ziet als belemmerende factor dat ‘blended care’ soms lastig te plannen is, omdat niet altijd vooraf duidelijk is welke zorg nodig is (bv. huisbezoek of bellen). Daarnaast is online contact in sommige situaties minder efficiënt dan huisbezoek (bv. post cliënt doornemen op basis van wazige of verkeerde foto’s). Bovendien zijn vaste afspraken op vaste tijden soms nodig voor cliënten (bv. voor blinden).

Een respondent vertelt dat eisen met betrekking tot de veiligheid (bv. getrapt inloggen) gaan ten koste van laagdrempeligheid en toegankelijkheid van toepassingen, wat het gebruik van toepassingen belemmert. Het kost bovendien veel tijd om de eisen vanuit

de AVG met betrekking tot gegevensuitwisseling uit te zoeken, dat werkt vertragend.

De belemmerende factoren met betrekking tot de organisatie zijn ondergebracht in tabel 5.

Tabel 5. Belemmerende factoren m.b.t. de organisatie.

Geen duidelijke visie met doelstellingen t.a.v. eHealth
Grote veranderingen zijn lastig zoals opname eHealth in zorgaanbod
EHealth goed invoeren binnen organisatie kost tijd
Koppeling systemen met onderaannemers en ander organisaties is lastig (o.a. AVG en verdienmodel)
Investeren in eHealth is duur (o.a. aanschaf & ontwikkeling toepassingen op maat)
Vragen m.b.t. declarabel maken van eHealth (o.a. training cliënten en vrijwilligers)
Eisen en regels m.b.t. (declaratie van) eHealth verschillen per gemeente
Te weinig medewerkers voor ondersteuning cliënt bij eHealth & vrijwilligers niet digitaal vaardig
Zorgorganisatie te weinig kennis van techniek en onderhouden van systemen
Blended care soms lastig te plannen (vooraf onduidelijk welke zorg nodig is)
Veiligheidseisen kosten tijd en gaan soms ten koste van toegankelijkheid

Overige belemmerende factoren

Er zijn ook belemmeringen genoemd die te maken hebben met de toepassingen zelf, omdat ze niet gebruiksvriendelijk zijn (bijvoorbeeld te talig en te ingewikkeld), niet aansluiten bij wensen en behoeften van de gebruikers (zowel cliënten als medewerkers) en niet doen wat ze beloven. Een respondent legt uit:

‘Om effectief te zijn is taligheid bij veel van de middelen die we kunnen inzetten nog een eis. En ik hoop – en daar zijn we ook wel heel hard mee bezig in ontwikkelingen – dat dat veel minder een eis gaat zijn. Want het is natuurlijk ontzettend jammer dat je een hele grote groep mist, puur omdat wij onze middelen daar niet handig voor maken.’ (Welzijn)

Bevorderende factoren

Er zijn diverse bevorderende factoren genoemd bij de inzet van eHealth, onder te verdelen in factoren met betrekking tot cliënten, mantelzorgers, medewerkers en organisaties, en overige factoren.

Bevorderende factoren cliënten

De meest genoemde bevorderende factor is dat cliënten digitaal vaardig zijn of daarin getraind kunnen worden. Voor veel toepassingen werkt het daarnaast bevorderend als de cliënt ook voldoende (Nederlandse) taalvaardigheden heeft. Affiniteit en/of ervaring met eHealth of digitale middelen en applicaties ziet men ook als belangrijk, evenals enthousiasme om iets nieuws uit te proberen. Bovendien helpt het als de cliënt al digitale middelen, zoals een smartphone of tablet, heeft en een goede internetverbinding. Een andere bevorderende factor is het gratis kunnen gebruiken van eHealth toepassingen, met name voor de cliënten met weinig financiële middelen. Daarnaast vindt men het belangrijk dat toepassingen aansluiten bij de behoeften en wensen van de cliënt. Een respondent gaf hierbij als voorbeeld hoe het kan helpen om een zorgrobot 'eigen' te maken aan een cliënt:

'En een andere cliënt vond het heel prettig al die opdrachten, afspraken en boodschappen, alleen die vond ook op een gegeven moment ... ik wel ook wel iets leuks. Dus die heeft er samen met haar begeleider moppen ingezet. De begeleider zoekt dan één keer in de zoveel tijd een nieuwe mop op en die zet het dan erin, of muziekjes bijvoorbeeld.' (Verstandelijk beperkten)

Een van de respondenten vertelt dat het gemakkelijker is voor de cliënt om de overstap naar eHealth toepassingen te maken als hij/zij slechts kleine stapjes hoeft te zetten, bijvoorbeeld van appen naar beeldbellen. Dat geldt ook voor de cliënt eerst laten wennen aan een applicatie voor het ingezet wordt in de zorg of ondersteuning. Volgens een andere

respondent spelen de vertrouwensband met de begeleider en het al langer in zorg zijn ook een bevorderende rol. Tot slot noemt een respondent dat het helpt als de sociale omgeving ook de toepassingen gebruikt.

In tabel 6 staat een overzicht van de bevorderende factoren met betrekking tot cliënten.

Tabel 6. Bevorderende factoren m.b.t. cliënten.

Voldoende digitale vaardigheden of bereidheid & mogelijkheid om dit te leren
Voldoende (Nederlandse) taalvaardigheden
Geschikte apparatuur & internetverbinding
Gratis gebruik van eHealth toepassingen
Toepassingen sluiten aan bij wensen en behoeften
Kleine stapjes bij inzet van toepassingen
Wennen aan toepassing vóór inzet in zorg of ondersteuning
Vertrouwensband met begeleider/langer in zorg
Sociale omgeving gebruikt de toepassingen ook

Bevorderende factoren mantelzorgers

Een van de respondenten noemt dat het bevorderend werkt voor de inzet van eHealth als er al een goede samenwerking is tussen de organisatie en de mantelzorgers. Men denkt ook dat mantelzorgers eerder gemotiveerd zullen zijn om mee te werken aan de inzet van eHealth, als zij met de eHealth toepassingen ook zelf gemakkelijker kunnen communiceren met de cliënt (bv. met beeldbellen) en de cliënt gemakkelijker kunnen ondersteunen (bv. via een interactieve zorgrobot).

Bevorderende factoren medewerkers

Ook bij medewerkers is het hebben van digitale vaardigheden een veelgenoemde bevorderende factor. Verder werkt het bevorderend als medewerkers eerst zelf aan een applicatie kunnen wennen en er vaardig in worden voor het wordt ingezet in de zorg. Daarnaast noemt men dat affiniteit met eHealth, intrinsieke motivatie en enthousiasme nodig zijn, zowel bij management als uitvoerende medewerkers om ook de cliënt te kunnen motiveren. Een respondent van een GGZ-organisatie vertelt dat het bevorderend werkt als medewerkers bewust kiezen voor het

werken met eHealth, zoals op de Digipoli van de organisatie. Een van de respondenten noemt dat het helpt als de medewerkers vanaf het begin mee mogen denken en bepalen welke eHealth toepassingen worden ontwikkeld en ingezet zodat het aansluit bij de wensen en behoeften van hun cliënten en hunzelf. Een respondent van een ouderenorganisatie noemt verder als bevorderende factor dat de toepassingen een direct nut hebben voor de medewerker.

Er zijn ook een aantal praktische bevorderende factoren genoemd, bijvoorbeeld dat de medewerker goedwerkende middelen (smartphone/tablet) en een goede internetverbinding heeft, en de werkplek thuis geschikt is. Tot slot is genoemd dat het belangrijk is om regelmatig pauzes in te lassen, zodat men niet steeds naar een beeldscherm hoeft te kijken.

In tabel 7 staat een overzicht van de bevorderende factoren m.b.t. de medewerkers.

Tabel 7. Bevorderende factoren m.b.t. medewerkers

Voldoende digitale vaardigheden
Eerst zelf wennen & vaardig worden voor inzet toepassing in zorg en ondersteuning
Affiniteit met eHealth & intrinsieke motivatie
Bewuste keuze voor werken met eHealth
Vanaf begin meedenken en meebeslissen over eHealth
Toepassingen sluiten aan bij hun wensen en behoeften; direct nut
Goedwerkende apparatuur & internet
Geschikte werkplek thuis
Regelmatig pauzeren bij beeldschermgebruik



Bevorderende factoren organisaties

Er zijn verschillende bevorderende factoren genoemd met betrekking tot de organisatie die zo belangrijk zijn voor de verdere implementatie van eHealth dat ze als randvoorwaarden beschreven worden in paragraaf 4.3.4, zoals een duidelijke visie met betrekking tot eHealth, het integreren van eHealth binnen het zorgaanbod van de organisatie, opnemen van eHealth in de planning-, registratie- en declaratiesystemen van de organisatie en bewaking van de kwaliteit door inzet van zowel specialisten op eHealth gebied als inhoudelijk deskundigen. Verder zijn er bevorderende factoren genoemd met betrekking tot een positieve benadering, ontwikkeling, ondersteuning en overige.

Positieve benadering

Een respondent merkt op dat bij het invoeren van eHealth binnen een organisatie een heel andere denkwijze en 'mindset' nodig is. En dat het bevorderend werkt als eHealth positief wordt gebracht:

'En ik heb de managers en de teamleiders gezegd: "Ik wil niet meer dat over geld gepraat wordt, niet meer over productie. Want dat zijn allemaal negatieve woorden en gedachten erachter." Het is heel fijn en leuk dat dat van de zorgverzekeraar en de overheid moet allemaal, hè, maar daar ga je de medewerker niet mee motiveren. Dus die zorgtechnologie wordt nu heel positief verkocht: het is super doelmatig, persoonsgericht en zelfredzaam. Je merkt door hier dan heel erg op te sturen binnen de organisatie, dat er echt wel een positieve wending aan komt langzaam. Maar het zit hem vooral in die positieve psychologie, hoe ga je de gespreksvoering aan? Met de mensen in de wijk, maar ook als organisatie met de zorgprofessionals, dat zij ook anders moeten praten naar hen toe.'

(Ouderen)

Daarbij is het niet alleen belangrijk om voorlichting te geven over mogelijke eHealth toepassingen en voorbeelden te laten zien aan medewerkers en cliënten, maar ook de voordelen van eHealth duidelijk te

maken en positieve ervaringen met gebruik van eHealth te delen. EHealth moet gaan leven onder de doelgroep:

‘Vanuit welzijnsoogpunt denken wij, ja, een eHealth toepassing bij iemand onder de neus schuiven dat gaat ‘m niet worden. Je moet ook zien dat ie gebruikt gaat worden en daarvoor is communicatie met anderen zo belangrijk en de lotgenotencontacten, de voorbeeldfuncties, de rolmodellen. En ja, het moet wel gaan leven.’ (Welzijn)

Ontwikkeling

Een van de respondenten legt uit dat het bevorderend werkt als organisaties als intermediair optreden tussen de verschillende producerende bedrijven die software of hulpmiddelen ontwikkelen en de burger die een ondersteuningsvraag heeft, en meedenken hoe technologie daarbij kan helpen. Op deze manier kan men zorgen dat eHealth toepassingen beter aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten en medewerkers:

‘Die rol hebben wij ook een beetje, vinden wij: wat is nou de behoefte van een kwetsbare burger? Een oudere, maar ook een jongere of een LVB’er, welke taal spreekt die, op welke manier kijkt diegene naar de wereld? En op welke manier kun je dan digitale middelen erbij ontsluiten?’ (GGZ)

Respondenten noemen hierbij het belang van duidelijke keuzes maken, waarbij de wensen en behoeften van de cliënten centraal moeten staan, want men kan niet in alle eHealth toepassingen investeren.

Ondersteuning

In het bevorderen van het gebruik van eHealth speelt verder de ondersteuning aan medewerkers en cliënten een grote rol. Dit kan variëren van faciliteren van een goede werkplek thuis (bv. beeldscherm, bureaustoel en schermbril) tot uitleg over eHealth aan nieuwe medewerkers tijdens inwerken en training van medewerkers, waarbij niet alleen kennis van toepassingen aan bod komt, maar ook hoe dit aan te leren is aan cliënten. Ondersteuning kan worden

geboden door een innovatiecoach (zoals bij een ouderenorganisatie), door ‘aanjagers’ (zoals bij een jeugdhulporganisatie), door meer ervaren collega’s of tijdens een inloopspreekuur (bijvoorbeeld bij de Digipoli van een GGZ-organisatie). Een jeugdhulporganisatie gebruikt praktische filmpjes over wat je moet doen en hoe je het inzet. Een van de ouderenorganisaties noemt dat men bij de werving van nieuwe medewerkers de affiniteit met eHealth en digitale vaardigheden kan bespreken. De (nieuwe) medewerkers kunnen digitale vaardigheden testen via de website digivaardiginzorg.nl en zo nodig op maat een trainingsaanbod krijgen.

Ook de ondersteuning van cliënten wordt als belangrijke bevorderende factor gezien in het gebruik van eHealth. Zij kunnen ondersteund worden in het verkrijgen van de digitale middelen, bijvoorbeeld uit persoonsgebonden budget (PGB), WMO-beschikking, fondsen/subsidie, giften of eigen voorraad van de organisatie. Een GGZ-organisatie biedt testsessies aan om te kijken of alles goed werkt voordat de online behandeling of ondersteuning gaat starten. Verder noemt men als bevorderende factor dat medewerkers cliënten kunnen trainen en ondersteunen in het gebruik van specifieke toepassingen:

‘Er zijn soms gewoon beperkingen aan de kant van bewoners, wat het lastig maakt om sommige dingen te implementeren. We moeten dat heel intensief begeleiden. En de meeste kans van slagen heeft het op het moment dat het 1-op-1 is.’ (Welzijn)

Een inloopspreekuur - zoals bij één van de GGZ organisaties - kan ook ondersteuning bieden bij technische of andere problemen. Volgens een respondent van een jeugdhulporganisatie bevordert een flexibele opstelling van de organisatie bij het zelf apps laten kiezen door de cliënt, het gebruik van die apps. Cliënten kunnen bijvoorbeeld een duidelijke voorkeur hebben voor apps die zij al gebruiken en veel moeite hebben om te leren werken met andere apps. Soms moeten hiervoor in overleg met de cliënt eisen met betrekking tot veiligheid en privacy losgelaten worden.

Overige belemmerende factoren organisatie

Een respondent van een jeugdhulporganisatie oppert dat het bevorderend werkt als je de cliënt al via de digitale weg binnen kunt laten komen en een apart digitaal traject kunt aanbieden, zodat mensen kunnen kiezen uit digitale of niet-digitale zorg/ondersteuning, zoals het idee van een digitaal wijkteam.

Een andere bevorderende factor die is genoemd betreft het managen van verwachtingen van de cliënten bij de intake door dan al uit te leggen dat er ook digitale inzet mogelijk is. Daarnaast noemt een van de respondenten het belangrijk om vóór de digitale zorg of ondersteuning start te checken of aan alle randvoorwaarden is voldaan, o.a. zijn de digitale vaardigheden van cliënten en medewerkers toereikend, is er geschikte apparatuur en een goede internetverbinding aanwezig, voldoen de toepassingen aan de AVG?

Wat volgens respondenten ook bevorderend werkt, is dat eHealth een oplossing kan bieden voor verschillende vraagstukken en ontwikkelingen, zie hiervoor paragraaf 4.3.1. Daarnaast kunnen subsidies organisaties helpen met investeren in eHealth. Dit wordt onder paragraaf 4.2.5 verder beschreven.

Een overzicht van de bevorderende factoren met betrekking tot organisaties staat in tabel 8.

Tabel 8. Bevorderende factoren m.b.t. organisatie

Duidelijke visie ten aanzien van eHealth
EHealth integreren in zorgaanbod van organisatie & organisatieprocessen en systemen
Kwaliteit bewaken van eHealth door eHealth specialisten en inhoudelijk deskundigen
Andere denkwijze & positieve benadering voor breed draagvlak onder zowel cliënten als medewerkers
Organisatie als intermediair tussen cliënt en ontwikkelbedrijven bij ontwikkeling toepassingen
Duidelijke keuzes maken waarin men investeert
Goede digitale faciliteiten
Training en ondersteuning cliënten en medewerkers
Flexibele opstelling m.b.t. keuze van cliënten voor bepaalde toepassingen
Cliënt via digitale route laten binnenkomen/digitale intake

Cliënt keuze bieden uit digitale of niet-digitale zorg en ondersteuning
Managen van verwachtingen van cliënt bij binnenkomst
Voor inzet eHealth checken of aan alle voorwaarden is voldaan
EHealth als oplossing bij bepaalde vraagstukken
Subsidies om investeringen in eHealth mogelijk te maken

Overige bevorderende factoren

De coronacrisis wordt door diverse organisaties als 'bevorderende factor' gezien. Zoals eerder beschreven bleek er in de praktijk veel meer digitaal te kunnen dan gedacht, wat voor positieve ervaringen zorgde. Daarnaast zijn er verschillende bevorderende factoren genoemd die te maken hebben met de eHealth toepassingen zelf. Zo moeten toepassingen veilig en 'AVG-proof' zijn, aansluiten bij wensen en behoeften van de gebruikers, en passen binnen de manier van werken en binnen de digitale structuren van een organisatie. Een belangrijke bevorderende factor voor het gebruik van eHealth toepassingen is dat toepassingen gebruiksvriendelijk zijn en dat er niet veel digitale vaardigheden en taalvaardigheden nodig zijn. Een respondent verwoordt de ontwikkeling die men hierin ziet:

'Als je gaat kijken naar de functie van de producten die eerder werden aangeboden en die tegenwoordig worden aangeboden, dan is er een relatief lagere digitale vaardigheid nodig om die producten te gebruiken. Voorheen werd het altijd heel erg complex gemaakt, nu zie je steeds vaker dat de bedrijven die producten aanbieden ook kijken naar usability, de gebruiksvriendelijkheid van de producten, waardoor die basis van de digitale vaardigheid, ook omlaag kan, zeg maar.' (Ouderen)

Een van de respondenten vertelt dat het helpt als toepassingen al helemaal geïnstalleerd zijn en klaar zijn voor gebruik, bijvoorbeeld een app op een smartphone. Een respondent van een organisatie voor verstandelijk beperkten merkt op dat het bevorderend werkt als toepassingen niet alleen voor zorg

en ondersteuning ingezet kunnen worden, maar ook voor contact met mantelzorgers, familie en vrienden of voor recreatief gebruik, zoals het voorbeeld van de robot die ook moppen kan tappen. Tot slot wordt genoemd dat het belangrijk is om vooraf te bedenken welke toepassing het beste bij de doelstelling past, zoals het eerdergenoemde voorbeeld van een app óf een website voor jongeren met problemen liet zien. Tot slot zijn er verschillende bevorderende factoren genoemd waarin de gemeente een rol speelt, deze worden onder Randvoorwaarden verder beschreven, zie paragraaf 4.4.

In tabel 9 staan de overige bevorderende factoren op een rij.

Tabel 9. Overige bevorderende factoren

Coronacrisis
Toepassingen die veilig en 'AVG-proof' zijn
Toepassingen die passen binnen digitale structuren van organisatie
Gebruiksvriendelijke toepassingen die klaar zijn voor gebruik
Toepassingen die ook geschikt zijn voor communicatie met familie & vrienden en recreatief gebruik
Vooraf checken welke toepassing beste middel is voor doelstelling
Ondersteuning door gemeente



4.2.3 Evaluatie

De meeste organisaties laten weten dat zij het gebruik van technologische innovaties evalueren, al is niet altijd duidelijk hoe zij dit precies doen en in welke mate. Evaluaties variëren van het vrij informeel uitwisselen van ervaringen tot een volledige tevredenheids- en effectmeting. Voor organisaties die nog maar net begonnen zijn met het gebruik van eHealth toepassingen, is het voor een evaluatie simpelweg nog te vroeg. Zoals deze respondent die opmerkt beeldbellen nog niet te hebben geëvalueerd, maar:

‘... dat we blijven beeldbellen staat al wel vast; we moeten gewoon voor de toekomst.’ (Ouderen)

Bij sommige organisaties evalueren medewerkers eHealth toepassingen tijdens hun cliëntbezoeken. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat cliënten positieve ervaringen hebben met de Tessa robot, maar dat de emotieapp ‘Getgrip’ minder positief ontvangen wordt

omdat gebruikers de app te kinderachtig vinden en de app niet lijkt te worden gebruikt op het moment dat zij deze het hardst nodig hebben.

‘De mensen die ze in hebben gezet bij de cliënten, die gaan het sowieso monitoren en die gaan ook de cliënt proberen daar wat over te interviewen. Hoe ervaren ze het? Willen ze zelf iets vertellen? Want wij willen er graag wat op onze intranet over vertellen en op social media. Dan komen wij bij elkaar, dus de mensen die ze hebben ingezet en de zorgmanager, en dan kijken we hoe de ervaringen zijn. Voornamelijk ervaringen delen dus en kijken wat er nog meer nodig zou zijn. Waarschijnlijk gaat dat via Teams gebeuren.’ *(Verstandelijk beperkten)*

Soms evalueren organisaties informeel tijdens het wekelijkse teamoverleg:

‘En dan wordt er breder gekeken wat mogelijkheden zijn, wat er nog verder ontwikkeld moet worden, waar tegenaan gelopen wordt. Dus dat is een continu verbeterproces.’ *(Lichamelijk beperkten)*

Hoewel de evaluatiemethode niet genoemd werd, beschrijft een jeugdhulporganisatie dat uit hun evaluatie naar voren kwam dat digitale interventies die zij inzetten soms te lastig zijn in het taalgebruik voor hun cliënten. Ook moet volgens een respondent van een jeugdhulporganisatie de kwaliteit en effectiviteit meer bewezen worden van een aantal interventies, als je ze ook (breder) digitaal inzet.

De ‘Çomfortwoning’ is wel geëvalueerd en daaruit bleek dat het huidige aanbod mensen onvoldoende aanzet om deze hulpmiddelen in hun dagelijks leven te integreren.

In sommige gevallen vindt er echt een formele evaluatie plaats aan de hand van een evaluatieplan met een voormeting en verschillende meetmomenten, waarbij ook naar verwachtingen en doelstellingen wordt gekeken. Eén van de GGZ-organisaties vertelt

standaard de online zorg te evalueren op effectiviteit, cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid.

De respondent vat samen dat:

‘... in principe heel goed gescoord wordt. Daarin zie je ook een verloop, want zeker in het corona tijdperk of net bij het begin, zag je hele hoge scores omdat je dan toch kon door behandelen.’ *(GGZ)*

Aan de andere kant blijkt uit onderzoek dat hulpverleners sneller moe worden tijdens ‘screen-to-screen contact’, waardoor ze korter in gesprek zijn.

Tot slot komt het ook voor dat de evaluatie van een eHealth toepassing wordt uitbesteed. Zo heeft één van de organisaties een zelfontwikkelde kook-app door de Universiteit van Wageningen laten evalueren. Dit levert bruikbare inzichten op in successen, kwetsbaarheden en beperkingen. Uit deze evaluatie kwam bijvoorbeeld als aanbeveling de voorgestelde menu's in de app goedkoper te maken zodat deze beter zouden passen bij het (vaak bescheiden) budget van de doelgroep.

4.2.4 Borging

Over het algemeen is nog weinig nagedacht over borging van digitale innovaties binnen de organisatie. Een aantal organisaties geeft aan dat ze het nog te vroeg vinden om het daarover te hebben. Wel wordt erkend dat voor een goede borging de expertise van innovatiespecialisten onmisbaar is. Een respondent beschrijft hoe het borgingsproces er volgens haar uit zou moeten zien:

‘Na de evaluatie moet bepaald worden wat een logische plek voor deze toepassingen is in de organisatie, hoe de langdurige bekostiging gaat plaatsvinden, en hoe de kwaliteit en doorontwikkeling gegarandeerd kunnen worden. Vooral de bekostiging wordt nog wel gezien als uitdaging. En daarnaast vraagt het dat wij in onze organisatie voldoende kennis aanwezig moeten hebben van mensen die daar ook voldoende mee uit de voeten

kunnen en dat is soms nog wel te zoeken.’
(Jeugdhulp)

Zoals ook hiervoor al beschreven in de paragraaf over visie, zijn de GGZ-organisaties die we spraken een stapje verder in hun visievorming en het gebruik van eHealth. Zij hebben hun eHealth toepassingen geborgd door hun zorgstructuur zo aan te passen dat eHealth daar een onlosmakelijk onderdeel van is. Daarnaast werken zij met innovatie- en inhoudelijk specialisten, die ervoor zorgen dat de organisatie up-to-date blijft met beschikbare voorzieningen, dat deze voorzieningen op de juiste plek in het zorgproces worden ingezet en dat de kwaliteit ervan bewaakt wordt. Bovendien nemen zij de inzet van eHealth toepassingen ook op in het planning-, registratie- en declaratiesysteem.

4.2.5 Subsidies

Verschillende organisaties hebben al eens subsidie aangevraagd of zijn daar nu mee bezig. Niet in alle gevallen kan men benoemen om welke subsidies het ging, maar duidelijk is wel dat er veel gebruik wordt gemaakt van subsidieregelingen, zowel landelijke regelingen als lokale.

Zo hebben diverse organisaties al een SET¹¹ subsidie van VWS aangevraagd of toegekend gekregen. Ook hebben organisaties gebruikgemaakt van de speciale SET COVID-19 subsidie om tijdens de coronacrisis innovaties door te voeren met betrekking tot digitale zorg op afstand. Eén van de organisaties heeft een préSET subsidieaanvraag gedaan, die de organisatie verplicht een visie te formuleren hoe eHealth kan bijdragen aan hun missie.

Een aantal organisaties heeft subsidie aangevraagd bij de gemeente, bijvoorbeeld voor de inzet van Tessa robots. Met het winnen van een prijsvraag voor eHealth van de gemeente kon een welzijnsorganisatie de eerdergenoemde ‘Comfortwoning’

inrichten. Een jeugdhulporganisatie ontving een aantal CityLab subsidies, voor het verbeteren van de sociaal emotionele ontwikkeling van kinderen en voor MONNIE, een app voor jongeren met een taalachterstand. En een welzijnsorganisatie vertelt samen met Hogeschool Rotterdam een aanvraag te hebben gedaan voor de ondersteuning van mensen met chronische ziektes en hoe voeding en beweging hen kan helpen.

Ook al worden aanvragen niet altijd gehonoreerd, toch kan het schrijven van de aanvraag zelf al stimulerend zijn:

‘Maar het helpt wel, alleen al dat zo’n subsidie er is en dat je dus als organisatie daarvoor gaat inschrijven. Dat maakt dat je erover gaat nadenken, dat je keuzes moet gaan maken. Ja, nu hebben we hem dan niet gekregen, maar gaan we het dan nu zelf investeren of is het dat ons toch niet waard?’ (Verstandelijk beperkten)

Een aantal organisaties overweegt subsidie aan te vragen, maar heeft dit nog niet gedaan. Redenen die worden genoemd zijn dat de voorgenomen aanvraag een forse tijdsinvestering vraagt of dat men wil wachten totdat er meer animo wordt gevoeld bij de eindgebruiker.

Tot slot wordt ook opgemerkt dat het aanvragen van subsidies vaak wel lukt, maar:

‘Wat we merken ... wat ingewikkeld is, is dat je die innovatiesubsidies vaak wel krijgt, maar dan zit je met iets dat wel veelbelovend lijkt, maar we moeten het eigenlijk doorontwikkelen en breder inzetten.’ (Ouderen)

¹¹ Stimuleringsregeling eHealth Thuis

4.3 Potentiële inzet eHealth in de toekomst

In deze paragraaf gaan we eerst in op de potentiële inzet van eHealth bij huidige vraagstukken. Vervolgens beschrijven we de plannen voor inzet of uitbreiding van eHealth binnen de organisatie en de mogelijkheden tot versnelling door de coronacrisis. Tot slot benoemen we verschillende randvoorwaarden voor de verdere implementatie van eHealth binnen de organisatie.

4.3.1 Potentiële inzet eHealth bij huidige vraagstukken

Respondenten is gevraagd welke vraagstukken zich in hun organisatie aandienen waarvoor eHealth een geschikte oplossing kan zijn. Hieronder noemen we enkele van de door hen genoemde vraagstukken.

Organisaties spreken onder meer de hoop uit eHealth (in de toekomst) te kunnen inzetten om de toestroom van cliënten aan te kunnen, het tekort aan zorgpersoneel op te vangen, de zorg laagdrempeliger te maken, cliënten zelfredzamer te maken en meer regie te geven, en ouderen langer zelfstandig te kunnen laten wonen:

‘Dus de enorme toestroom van hulp – er is ook meer vraag naar jeugd- en opvoedhulp dan dat er eerder was – die toestroom moet je op een gegeven moment ook op een bepaalde manier kunnen opvangen. En daar zou dit [eHealth] een middel in kunnen zijn.’ (Jeugdhulp)

‘Ik zeg, de belangrijkste boodschap, want ik verkoop het zo van weet je, over twintig jaar heb ik veertig procent minder collega’s – wegens de gerechtigde pensioenleeftijd – maar we moeten meer, het dubbele aantal klanten gaan verplegen. Ik zeg, dus hoe gaan we dat met elkaar doen, hè, hoe gaan we nou efficiënt te werk?’ (Ouderenzorg)

De winst wordt niet alleen verwacht van de directe inzet van eHealth, maar ook doordat daardoor tijd vrijkomt voor niet-digitale zorg en ondersteuning, zoals een van de respondenten het verwoordt:

‘En als je dan kijkt naar zo’n robot-stofzuiger bijvoorbeeld, dan zien we wel de mogelijkheid van: oké, als die robot-stofzuiger al heeft gestofzuigd en onze huishoudelijke hulp hoeft het niet meer te doen, dan kun je natuurlijk zeggen: “Misschien hoef je een half uur minder lang te komen per week.” Maar je kunt ook zeggen dat halve uur kun je dan steken in preventie en signalering van eenzaamheid.’ (Ouderen)

Organisaties noemen ook verschillende vraagstukken op het gebied van preventie, waar eHealth mogelijk een rol in kan spelen, zoals: Kunnen we met digitale gezondheidschecks en online adviezen op maat mensen bereiken die anders niet durven of kunnen komen, en daarmee wellicht zwaardere en dus duurdere zorg voorkomen? Kunnen we met online leefstijlprogramma’s het aantal groepsbijeenkomsten dat we moeten organiseren beperken?

Andere voorbeelden van vraagstukken die worden genoemd waarbij gekeken wordt naar eHealth, zijn: Hoe kunnen we als organisatie inspringen op de verwachting van de komende generatie dat alles digitaal en snel kan (en daarmee als organisatie bestaansrecht houden)? Kunnen we door verschillende toepassingen naast elkaar in te zetten de toegankelijkheid van onze zorg vergroten? Kunnen we door onze cliënten zelf digitaal hun suiker- of bloeddrukwaarden te laten invoeren het aantal contactmomenten met de verpleegkundige terugbrengen? Of eenzaamheid bestrijden door mensen digitaal met elkaar in contact te brengen?

4.3.2 Plannen voor inzet of uitbreiding eHealth

Zoals eerder vermeld, staat bij veel organisaties het inzetten van eHealth nog in de kinderschoenen. Respondenten vertellen over verschillende plannen om toepassingen uit te proberen, aan te passen of nog te bedenken. In deze paragraaf noemen we willekeurig een aantal van de door respondenten genoemde plannen. Soms gaat het om technische verbeteringen van bestaande toepassingen, soms om het aanpassen van toepassingen voor specifieke doelgroepen en soms om nieuwe toepassingen om het zorgaanbod efficiënter te maken.

GGZ

Een respondent geeft aan dat de organisatie nadenkt over hoe men toepassingen minder afhankelijk kan laten zijn van taligheid. De gedachte gaat uit naar bijvoorbeeld het gebruik van kleurherkenning voor mensen die analfabeet zijn. Concrete stappen zijn er echter nog niet ondernomen. Binnen een andere organisatie worden plannen opgesteld hoe de werkwijze van de bestaande online poli uitgebreid kan worden naar bijvoorbeeld wijkteams, vanuit de overtuiging dat deze vorm van zorg op afstand een goede inhoudelijke en efficiënte aanvulling is op het bestaande aanbod. De al uitgebreide 'online eHealth warehouse' van een GGZ-organisatie kan volgens een respondent nog steeds verder worden uitgebreid met nieuwe onderwerpen.

Verstandelijk beperkten

Bij een organisatie voor verstandelijk beperkten wil men samen met vormgevers bestaande apps aanpassen voor verschillende cliëntgroepen. Zo zijn er volgens deze respondent cliënten die het fijn vinden om met pictogrammen te werken, terwijl andere cliënten niet geassocieerd willen worden met gehandicapten. Om aan de verschillende wensen te voldoen krijgen de cliënten die gecategoriseerd worden als een specifieke persona een toegesneden portaal voor de invulling van de ondersteuning. De ontwikkeling van deze toepassing bevindt zich in de planfase.

Ouderenzorg

Bij een van de organisaties denkt men aan het ontwikkelen van een toepassing met een soort digitale test om ondervoeding van cliënten te kunnen signaleren. Het idee bevindt zich in de ontwikkelfase. Een andere organisatie wil graag sensoren plaatsen in huizen van hun cliënten om vroegtijdige dementie te kunnen signaleren. Zoals al eerder vermeld is door de coronacrisis de pilot opgeschort, maar volgens een respondent wordt de draad snel weer opgepakt. Wat betreft robotica is er veel in ontwikkeling. Binnen de ouderenzorg zijn diverse mogelijkheden beschikbaar zoals de Tessa. Er zijn echter ook nadelen hieraan verbonden. Deze 'tinybot' is duur en er is een goede internetverbinding nodig. In ontwikkeling is een plug-and-play wifi-router zodat de Tessa voor meer mensen bruikbaar wordt. Een respondent denkt echter dat de tinybots zoals de Tessa het gaan verliezen van de slimme consumentenapparaten als Google Home en de Alexa. Deze apparaten maken snelle ontwikkelingen door en zijn straks wellicht goed te gebruiken voor de cliëntgroepen van de ouderenzorg en zijn veel goedkoper.

Zintuiglijk beperkten

Een respondent ziet mogelijkheden om hun digitale cursusaanbod voor zowel medewerkers en andere organisaties als cliënten uit te breiden. Als derdelijns expertiseorganisatie, zien zij het als hun taak om de kennis over te dragen.

Jeugdhulp

Een jeugdhulporganisatie heeft een cliëntenportaal gekoppeld aan een registratiesysteem. Ze willen dat portaal verder verbreden tot een PGO, zodat als de hulp stopt een cliënt niet vanaf dat moment op allerlei verschillende andere sites moet zitten zoeken om alle hulpverlenersgegevens te kunnen inzien. Zo is het nu nog wel, maar het moet allemaal binnen een PGO gebundeld gaan worden. Dan kan zoiets echt van de cliënt zijn, aldus een respondent.

De organisatie probeert dit uit met Quli¹². Zoals eerder vermeld participeert een organisatie voor jeugdhulp in de werkplaats Garage2020 Rotterdam, een multidisciplinair team dat veel eHealth toepassingen bedenkt voor problemen in de jeugdhulp. Een aantal van deze toepassingen dat momenteel wordt uitgeprobeerd hebben we al eerder genoemd in het rapport. Er zijn echter nog diverse andere toepassingen die op stapel staan of ook al worden uitgeprobeerd, zoals 'Dippie', een module voor jongeren over depressie en 'Soemva' over sociaal emotionele vaardigheden.



4.3.3 Versnelling eHealth door corona

Zoals eerder beschreven heeft de coronacrisis bij alle organisaties geleid tot een 'boost' in allerlei vormen van digitaal communiceren tussen zowel medewerkers onderling als tussen medewerkers en cliënten. Bij sommige organisaties was het nodig om dit op korte termijn technisch beter te regelen en bij de meeste organisaties moesten medewerkers eraan wennen.

Noodgedwongen hebben alle organisaties zich aangepast en na een paar maanden bleek voor velen bijvoorbeeld beeldbellen een prima aanvulling te zijn naast het fysieke contact. Alle organisaties geven dan ook aan dat zij ook na de coronacrisis gebruik willen blijven maken van deze vorm van communicatie. In de praktijk ervaren medewerkers dat veel zaken op deze wijze efficiënter besproken kunnen

worden. Ook voor diverse cliëntgroepen is een vorm van zorg op afstand via beeldbellen mogelijk gebleken. Hierbij merken respondenten wel op dat er sprake moet zijn van 'blended care' en dat beeldbellen zeker niet voor alle cliënten geschikt is. Wellicht als aan nog wat bestaande nadelen wordt gewerkt van het beeldbellen, zoals het niet hebben van direct oogcontact en de afhankelijkheid van goede verbindingen en hardware, kan dit aan een nog grotere groep worden aangeboden. In ieder geval kan gesteld worden dat er door de coronacrisis sprake is van een versnelling van met name eHealth toepassingen in de communicatie.

4.4 Randvoorwaarden voor verdere implementatie eHealth

De respondenten hebben diverse randvoorwaarden genoemd voor de verdere implementatie van eHealth. Deze vallen uiteen in randvoorwaarden die te maken hebben met de organisatie, samenwerking met andere zorg- en welzijnsorganisaties, ontwikkelaars en het onderwijs, en de rol van de gemeente.

Organisatie

Als één van de voorwaarden voor een succesvolle implementatie wordt genoemd dat eHealth als speerpunt hoog in de organisatie wordt ingestoken en wordt vertaald naar concrete doelstellingen:

'En het innovatieteam valt bijna direct onder de directie. Het is ook één van onze speerpunten om ervoor te zorgen dat mocht corona voorbij zijn, dat bijvoorbeeld één van onze doelstellingen zou kunnen zijn: dertig procent digitaal blijven behandelen.' (GGZ)

Een respondent stelt dat de implementatie van eHealth vraagt om een andere 'mindset' van zowel

¹² Quli is een digitaal platform waarop zorgverleners, patiënten en hun naasten makkelijk kunnen samenwerken. Hierdoor hebben patiënten meer grip op hun zorg, bespaar je tijd en reiskosten en wordt de druk op de sector verlaagd.

organisatie als medewerkers en cliënten. Volgens deze organisatie vraagt dit:

‘Draagvlak op strategisch, tactisch en operationeel niveau, dus bij bestuur en bij medewerkers. Zicht op het waarom [van eHealth] door medewerkers en cultuurverandering; innovaties omarmen en de meerwaarde ervaren.’ (Ouderenzorg)

Nog een voorwaarde die men noemt betreft de ondersteuning van eHealth in de organisatie en de inrichting van organisatieprocessen. Zo moeten gebruikte digitale toepassingen bijvoorbeeld up-to-date worden gehouden. Hiervoor zijn specialisten nodig zoals een innovatiemanager of productmanager met kennis over beschikbare toepassingen en nieuwe ontwikkelingen. Ook dient de kwaliteit van de inhoud te worden bewaakt door inhoudelijk specialisten, zoals zorgpadexperts en aandachtfunctionarissen. Wat organisatieprocessen betreft, noemt men het belangrijk dat eHealth toepassingen ook opgenomen worden in het planning-, registratie- en declaratiesysteem, zodat deze digitaal verleende hulp ook daadwerkelijk bij de gemeente of verzekeraar gedeclareerd kan worden.

Daarnaast noemen organisaties als voorwaarden voor een goede implementatie: beschikbaarheid van tijd en geld voor ontwikkeling van eHealth, kennis over de vaardigheden, beschikbare middelen en wensen van de cliënt, en personeel dat in staat is met de nieuwe toepassingen te werken.

Samenwerking

Ook samenwerking met andere partijen wordt door organisaties als zeer wenselijk gezien. Bijvoorbeeld met onderaannemers en andere zorg- en welzijnsorganisaties (bv. in regionale en landelijke netwerken) om kennis en ervaringen te delen, op de hoogte te blijven van ontwikkelingen, gezamenlijk op te trekken in de ontwikkeling of inkoop van eHealth toepassingen of in het uitvoeren van pilots. Ook vinden organisaties het belangrijk samen te werken met ontwikkelaars/softwarebedrijven en het zorg- en welzijnsonderwijs. Zo is de Hogeschool Rotterdam

(HR) bijvoorbeeld al betrokken bij de ontwikkeling van eHealth toepassingen, zoals zorgrobots. Een respondent vindt dat eHealth onderdeel zou moeten zijn van het zorgonderwijs inclusief het ondersteunen van cliënten bij het digitaal vaardig worden:

‘De zorgprofessional, dat is natuurlijk ook nog wel een uitdaging voor de gemeente Rotterdam. In Rotterdam zijn er veel zorgopleidingen. Hoe kunnen we nog meer in het fundament van die zorgprofessional, maar ook het ondersteunen op digitaal vaardig worden, digitaal meedoen stimuleren.’ (GGZ)

Daarnaast is genoemd dat netwerken van zorgonderwijs, zorgorganisaties en innovatoren (zoals zorgontbijt, Health Innovation School 010) van belang zijn voor het uitwisselen van kennis en ervaringen.

Rol gemeente

Organisaties beschrijven ook welke rol zij van de gemeente verwachten. Een respondent merkt op dat de gemeente best wat sturender mag zijn, bijvoorbeeld door middel van regelgeving en opdrachtverlening:

‘De gemeente Rotterdam mag echt wel eisender zijn, bijvoorbeeld dat zij vinden dat we op reiskosten zouden moeten kunnen bezuinigen, door de dienstverlening blended te doen. Dus nog steeds ga je wel naar de cliënt toe, maar we doen ook wat meer online, zodat we minder hoeven te reizen, we minder reistijd kwijt zijn. Dus daardoor ook effectiever en productiever zijn.’ (GGZ)

‘Ik vind het fijn dat zo’n interview als nu heeft plaatsgevonden en dat de wethouder twee weken terug bij ons is geweest en ik kon presenteren hoe wij onze coronaplossingen in korte tijd uit de grond hebben gestampt, de online dienstverlening, dat hij er geïnteresseerd in is en ook een aantal goede vragen heeft gesteld van: “Wat betekent het nou, en welke rol heeft nou een gemeente daarin?” Ik denk dat dat

echt helpend is ons te stimuleren als zorg daar ook de focus aan te brengen, maar ons ook een beetje te dwingen daarin creatiever te zijn. Maar daar moeten ze wel zelf in meebewegen. Dus ook als het gaat om de regelgeving, de opdrachtgeving. Kijk, zij kunnen daarin veel, maar ze moeten ook wel die verantwoordelijkheid pakken.’ (GGZ)

Naast een sturende rol van de gemeente wordt ook ondersteuning gevraagd. Bijvoorbeeld door het vergoeden van digitaal verleende zorg en technologie die de efficiëntie van bedrijfsprocessen vergroot, het faciliteren van en participeren in samenwerkingsverbanden en betrokkenheid bij de ontwikkeling van eHealth toepassingen.

Niet alleen moet digitaal verleende hulp in technisch opzicht declarabel zijn, de gemeente of verzekeraar moet ook voor deze zorg willen betalen. Zo wordt opgemerkt dat het voor organisaties aantrekkelijker wordt om eHealth in te zetten als daar een ‘een verdienmodel in zit’. En niet alleen direct verleende hulp zou vergoed moeten worden, maar de gemeente zou ook bereid moeten zijn te ondersteunen bij het anders inrichten van processen en het gebruik van innovatie daarbij omdat dáár de echte winst te behalen valt, aldus een van de respondenten:

‘Bijvoorbeeld hoe kun je de planning zo organiseren dat als er iets wijzigt, alle andere afspraken mee veranderen en tegelijkertijd de efficiëntie - routes die moeten worden gevolgd - behouden blijft.’ (Ouderen)

Vervolgens wordt de wens uitgesproken dat de gemeente als actieve samenwerkingspartner deelneemt aan de eerdergenoemde samenwerkingsverbanden en bestaande (zorginnovatie)netwerken (zoals Zorgontbijt, Rotterdamse EHealth Agenda en Conforte Innovatielab) blijft faciliteren.

Volgens sommige respondenten heeft de gemeente zelfs een rol in de inrichting en ontwikkeling van nieuwe technologische toepassingen:

‘Het zou mooi zijn - en dat is heel ingewikkeld in Nederland, maar de gemeente Rotterdam heeft ook gewoon digitale loketten - dat we daarin wat meer de samenhang kunnen brengen. Dat de PGO, de gezondheidsomgeving van de Rotterdammer zelf is. En als die weg is bij X [de naam van de GGZ-organisatie] en misschien nog ergens anders ondersteuning krijgt, dat de uitwisseling van die digitale gegevens bij die burger blijft, dat we dat faciliteren. Dus dat wij ook gedwongen worden het dossier mee te geven in die PGO. En alles wat gelieerd is en alle ervaringen, alle wijsheden, dat die goed vastliggen in het portfolio van een burger. Dat zijn van die randvoorwaarden die we nodig hebben om nog een slag te maken.’ (GGZ)

Volgens een respondent zou de gemeente als verantwoordelijke voor het inkopen van de zorg voor de burger ook meer samen met zorgorganisaties in de onderzoeksrol moeten gaan zitten om te bepalen hoe de technologie het beste ingericht kan worden. De kennis die de gemeente daarmee opdoet, kan dan vervolgens vertaald worden in beleid. Een ander benadrukt dat de gemeente bij de ontwikkeling van eHealth toepassingen niet alleen in gesprek moet gaan met zorgmanagers maar (ook) met de zorgverleners/verpleegkundigen zelf zodat zij vanaf het begin meedenken en meebeslissen over eHealth ontwikkelingen en toepassingen, opdat toepassingen ook aan hún wensen en behoeften voldoen. Zij moeten het in de praktijk gebruiken en de cliënt hiervoor enthousiasmeren:

‘En op een gegeven moment zei ik van, heel leuk, hè, maar het is mijn vak en ik doe het. Hoe kun jij beslissen over mijn stoel? Je weet niet eens wat voor impact dat heeft, weet je wel. En dat hebben ze ook niet. En daarom vind ik juist met al dat soort dingen moeten veel meer de verpleegkundigen en verzorgenden aan tafel meegenomen worden: van ja, is dit nou wel echt het ideale plaatje voor het einddoel, zeg maar? En je moet echt wel

vanaf dag één in het proces meegenomen worden. Dus niet halverwege, als alle besluiten al genomen zijn. Nee, echt bij de start, want dat is zo cruciaal.' (*Ouderen*)

Voor de gemeente wordt tot slot nog een verantwoordelijkheid gezien in het bevorderen van digitale vaardigheden van burgers in het algemeen, omdat dit geen taak is van zorg- en welzijnsorganisaties alleen.



5 Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de resultaten van het onderzoek kunnen we nu aan de hand van de onderzoeksvragen conclusies trekken en aanbevelingen formuleren.

1. Welke eHealth toepassingen gebruiken organisaties?

We zien dat alle organisaties in min of meerdere mate bezig zijn met vormen van eHealth. Sommige organisaties hebben voorzichtig de eerste stappen gezet met beeldbellen toen door de coronacrisis zorg op afstand noodzakelijk was. Bij andere organisaties maakt eHealth inmiddels een volwaardig en integraal onderdeel uit van het hulpverleningsproces, met bijvoorbeeld een digitale poli en online programma's. Mogelijk lopen sommige grote organisaties wat meer voor bij de inzet van eHealth omdat zij mensen hebben kunnen vrijmaken hiervoor. Er worden toepassingen ingezet op diverse resultaatgebieden, zoals sociaal en persoonlijk functioneren (bv. beeldbellen, apps, online modules en gespreksgroepen), ondersteuning en regie bij het voeren van een huishouden (bv. beeldbellen en sensoren), financiën (bv. beeldbellen, app en online afhandeling van vragen), dagbesteding (o.a. reisapp voor zelfstandig reizen naar dagbesteding), ondersteuning bij zelfzorg en gezondheid (bv. beeldbellen en zorgrobot) en nachtelijk toezicht en huisvesting (bv. sensoren in woning). We kunnen concluderen dat er al een breed scala van toepassingen wordt ingezet voor heel diverse cliëntgroepen op verschillende resultaatgebieden, maar dat (alleen) eHealth inzetten niet voor alle soorten cliënten en alle soorten zorg haalbaar is. In veel situaties gaat de voorkeur daarom uit naar 'blended care' of niet-digitale zorg.

2. Wat was de aanleiding voor het gebruik en wat is de visie van de organisaties ten aanzien van eHealth?

We zien dat de aanleiding voor de inzet van eHealth heel divers is, variërend van eisen vanuit zorginkoop, nieuwe wetgeving, enthousiasme van enkele medewerkers, een subsidieaanvraag of prijsvraag tot de coronacrisis waardoor zorg op afstand noodzakelijk was en in elk geval aanleiding was tot een enorme toename van beeldbellen.

De visies omtrent eHealth binnen de organisaties variëren van het inzien van de noodzaak van het gaan gebruiken van eHealth tot een duidelijk ontwikkelde en geïntegreerde visie (dit laatste vooral bij twee grote GGZ-instellingen).

3. Welke voordelen verwacht of ervaart de organisatie van het gebruik van de eHealth toepassingen en welke bevorderende en belemmerende factoren kwamen zij tegen bij de implementatie ervan?

Wat opvalt is dat er veel voordelen zijn genoemd voor cliënten, mantelzorgers, medewerkers en de organisatie, waarbij de verwachte voordelen en ervaren voordelen niet altijd goed van elkaar te onderscheiden zijn. Wat voor de ene organisatie nog een verwacht voordeel is, wordt bijvoorbeeld bij een andere organisatie al in de praktijk ervaren. Bovendien hebben respondenten het vaak over veronderstelde voordelen op basis van percepties van cliënten, collega's en zichzelf, die meestal niet gebaseerd zijn op effectevaluatie of kosten-baten analyse.

Er zijn heel wat belemmerende en bevorderende factoren genoemd voor de inzet van eHealth zowel op niveau van cliënten en mantelzorgers als op het niveau van medewerkers en organisatie. De vele belemmerende en bevorderende factoren maken duidelijk dat het belangrijk is om deze factoren in beeld te krijgen vóór de inzet van een toepassing bij

een bepaalde cliëntgroep. Het onderstreept dat de inzet van eHealth zorgvuldig en op maat moet gebeuren.

4. Wordt het gebruik van eHealth geëvalueerd?

We kunnen concluderen dat er nog weinig systematische evaluaties van gebruikte eHealth toepassingen bestaan. Het toepassen van eHealth staat voor veel organisaties nog in de kinderschoenen en vindt veelal plaats op het niveau van pilots. Het betekent ook dat toepassingen soms gestaakt worden omdat deze om diverse redenen niet het veronderstelde doel weten te bereiken.

5. Hoe vindt de borging van eHealth plaats binnen de organisatie?

In de mate van borging van eHealth zien we ook grote verschillen. Er zijn organisaties die het te vroeg vinden om bezig te zijn met de borging omdat ze nog volop aan het uitproberen zijn. Andere organisaties hebben eHealth al stevig verankerd in hun visie, zorgaanbod en de organisatiesystemen en processen. Dit laatste is nodig om eHealth binnen de organisatie structureel naar een hoger plan te kunnen tillen.

6. Hoe staat het met het gebruik van subsidie-regelingen?

We zien dat veel organisaties subsidies aanvragen of dat van plan zijn. Het valt op dat subsidies vooral een stimulerende rol spelen bij de ontwikkeling en eerste inzet van eHealth door organisaties, maar dat doorontwikkeling, implementatie en opschaling van eHealth toepassingen volgens respondenten nog lastig is. Het is onduidelijk of dit komt doordat hier geen subsidiemogelijkheden voor zijn.

7. Welke mogelijkheden ziet de organisatie voor de inzet of uitbreiding van eHealth in de toekomst? En wat is hiervoor nodig?

Organisaties zien potentie in eHealth om bij te dragen aan een (gedeeltelijke) oplossing voor huidige vraagstukken zoals toenemende zorgvraag, personeelstekort, vergroten van zelfredzaamheid en eigen regie van de cliënt, laagdrempelige toegang tot zorg

en ondersteuning, langer zelfstandig wonen, preventie en eenzaamheid. Of deze verwachtingen reëel zijn, moet de toekomst uitwijzen.

Er bestaan bij de organisaties diverse plannen voor de inzet of uitbreiding van eHealth in de nabije toekomst. Vanwege de coronacrisis lijken ontwikkelingen wat betreft beschikbaarheid en inzet van eHealth toepassingen snel te gaan. De meeste organisaties zeggen in elk geval voor een deel van de zorg blijvend gebruik te willen maken van eHealth en dan wordt vooral gedacht aan digitale vormen van communicatie zoals beeldbellen.

Respondenten geven aan dat voor de verdere implementatie van eHealth verschillende inhoudelijke, technologische, organisatorische en financiële randvoorwaarden noodzakelijk zijn. Voor organisaties is het van belang dat de inzet van eHealth en (een deel van de) genoemde noodzakelijke investeringen te declareren zijn bij zorgverzekeraars, gemeentes of subsidieverstrekkers. Organisaties zien daarnaast ook een rol voor de gemeente bij andere randvoorwaarden, zoals het participeren in de ontwikkeling van eHealth, het faciliteren van netwerken en bevorderen van digitale vaardigheden van burgers in het algemeen. Het is echter de vraag wat hiervan binnen de taken en mogelijkheden van de gemeente behoort.

Conclusie

Als we kijken naar de resultaten van dit onderzoek dan zien we dat de zorg- en welzijnsorganisaties om verschillende redenen al diverse vormen van eHealth inzetten of in willen gaan zetten. Deze toepassingen kunnen mogelijk helpen om de zorg *beter, toegankelijker en goedkoper* maken, zoals het doel van eHealth beschreven is in het Rotterdamse beleidsplan Maatschappelijke Ondersteuning 2021-2026 'Heel de Stad'.

Zo worden er toepassingen ingezet die als doel hebben de zorg *beter* te maken, doordat ze bijvoorbeeld meer op maat aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten en de cliënt keuze bieden uit digitale, niet-digitale of 'blended' zorg. Daarnaast probeert men met behulp van toepassingen zwaardere zorg te

voorkomen of te verlichten, bijvoorbeeld door vroegtijdige signalering van problemen door betere monitoring met behulp van sensoren of meer contactmomenten via beeldbellen. Een ander voorbeeld is de gerichtere selectie van deelnemers bij landelijk aanbod van online groeps sessies, waardoor de uitwisseling van ervaringen en mogelijkheid om te leren van elkaar verbeteren.

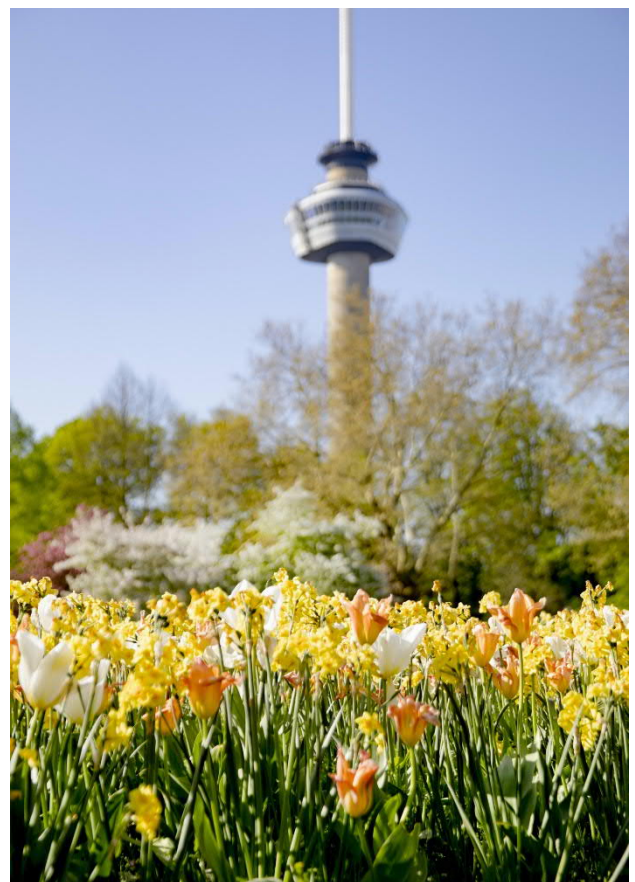
Er worden ook toepassingen ingezet met als doel de zorg *toegankelijker* te maken, bijvoorbeeld door meer laagdrempelige en snellere vormen van communicatie (mailen, appen, chatten, (beeld)bellen), meer zorg op maat (bv. keuze uit diverse online toepassingen die niet aan kantooruren gebonden zijn, en geen reistijd en reiskosten vergen) en kortere wachttijden (bv. bij landelijk online aanbod van groepsbegeleiding op het gebied van psycho-educatie).

Organisaties gebruiken daarnaast verschillende toepassingen die de zorg mogelijk *goedkoper* kunnen maken, omdat er bijvoorbeeld geen of minder reistijd en reiskosten aan verbonden zijn voor medewerkers, en er minder locaties nodig zijn voor het aanbieden van zorg. Ook kan eHealth bijdragen aan kostenbesparing door efficiëntere inzet van zorg, bijvoorbeeld doordat regio-overstijgende online groepen sneller vol zitten en vaker gedraaid kunnen worden, en online afspraken makkelijker in te plannen zijn. Daarnaast kunnen medewerkers die al dan niet tijdelijk geen fysieke zorg meer kunnen verlenen, mogelijk wel ingezet worden voor eHealth (bv. beeldbellen). Er wordt door organisaties wel de kanttekening geplaatst dat goedkopere zorg niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van de zorg. EHealth moet niet puur als bezuinigingsmaatregel ingezet worden, de wensen en behoeften van cliënten moeten centraal staan.

Zoals eerder beschreven gaat het bij een deel van de hierboven genoemde verwachtingen ten aanzien van de inzet van eHealth om aannames, die nog niet in de praktijk zijn onderzocht of bewezen bij de verschillende cliëntgroepen in de verschillende sectoren. In

de toekomst zal moeten blijken of deze verwachtingen in de praktijk uit zullen komen in alle sectoren.

Tot slot kunnen we concluderen dat om de zorg met eHealth *beter, toegankelijker én goedkoper* te kunnen maken (eerst) investeringen nodig zijn, onder andere in ontwikkeling van gebruiksvriendelijke toepassingen die aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten en medewerkers, training en ondersteuning van cliënten en medewerkers, digitale faciliteiten, en het integreren van eHealth in zorgaanbod, organisatieprocessen en systemen.



Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van het onderzoek kunnen we verschillende aanbevelingen formuleren voor organisaties en de gemeente Rotterdam, zie tabel 10.

Tabel 10. Aanbevelingen

Organisaties	Gemeente
Visievorming	
<ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkel een heldere visie met betrekking tot eHealth met concrete doelstellingen als basis voor een ontwikkel- en implementatietraject. 	<ul style="list-style-type: none"> - Overleg met organisaties hoe de gemeente visievorming kan stimuleren, bv. door dit als voorwaarde op te nemen in het inkoopproces of bij een subsidieaanvraag, d.m.v. workshops of het opstellen van een handleiding.
Integreren eHealth in organisatiestructuur	
<ul style="list-style-type: none"> - Neem eHealth toepassingen op in planning-, registratie- en declaratiesystemen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuleer dit door het als voorwaarde op te nemen in het inkoopproces of bij subsidieaanvragen. - Onderzoek de mogelijkheden voor het declarabel maken van de inzet van eHealth en aanpassingen van processen.
Vrijstellen personeel voor eHealth	
<ul style="list-style-type: none"> - Stel medewerkers (gedeeltelijk) vrij van hun reguliere zorgtaken of creëer functies zoals innovatie- of productmanager, om eHealth binnen de organisatie naar een hoger plan te tillen, de kwaliteit te bewaken en de gebruikte toepassingen up-to-date te houden. - Stel zo nodig samen met andere organisaties gezamenlijk innovatiemedewerkers aan of huur dit extern in (bv. voor kleinere organisaties). 	<ul style="list-style-type: none"> - Neem voorwaarden hierover op in het inkoopproces of bij subsidieaanvragen. - Faciliteer zo nodig kleine organisaties waarvoor dit niet haalbaar is, bijvoorbeeld door dit extern in te huren.
Inventarisatie belemmerende & bevorderende factoren en wensen & behoeften	
<ul style="list-style-type: none"> - Inventariseer belemmerende en bevorderende factoren voor inzet van een toepassing. Verken de wensen, behoeften en mogelijkheden én de beschikbare middelen van cliënten en medewerkers als onderdeel van een implementatietraject. Hierbij is speciale aandacht nodig voor de taligheid en complexiteit van toepassingen: Wat zijn de capaciteiten van de cliënt? Voor welke cliënt is welke toepassing geschikt? - Ontwikkel een checklist die ingevuld wordt vóór inzet van eHealth bij de cliënt (kan het wat betreft aard van de zorg, aard van de problematiek, digitale middelen & digitale vaardigheden van cliënten en medewerkers, taalvaardigheden, wat zijn geschikte eHealth toepassingen voor deze zorgvraag?) 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuleer de verkenning onder cliënten en medewerkers door dit in het inkoopproces of bij een subsidieaanvraag in kaart te laten brengen.

Participatie cliënten en medewerkers	
<ul style="list-style-type: none"> - Betrek de uitvoerende medewerkers en de cliënten of hun vertegenwoordigers (bv. cliëntenraad) vanaf het begin bij de ontwikkeling en implementatie van eHealth toepassingen, zodat zij kunnen meedenken en meebeslissen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuleer participatie van cliënten en medewerkers door dit als voorwaarde op te nemen bij het inkoopproces of bij een subsidieaanvraag.
Ondersteuning en training cliënten, mantelzorgers, medewerkers en vrijwilligers	
<ul style="list-style-type: none"> - Ondersteun cliënten en medewerkers, zowel bij de ontwikkeling van digitale vaardigheden als het verkrijgen van de benodigde apparatuur en internetverbinding. - Creëer zo nodig een trainingsaanbod voor mantelzorgers en vrijwilligers, zodat zij de cliënten kunnen ondersteunen in het gebruik van eHealth. - Onderzoek of stagiaires van bijvoorbeeld zorg-, welzijns- en communicatieopleidingen ingezet kunnen worden voor deze training en ondersteuning. - Ontwikkel samen met andere organisaties trainingen en ondersteuningsmateriaal of koop deze gezamenlijk in. - Neem bij de werving en selectie van nieuwe medewerkers digitale vaardigheden en de affiniteit met eHealth mee als criteria. - Breng digitale vaardigheden van (nieuwe) medewerkers in beeld en creëer een trainingsaanbod op maat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Overleg met organisaties hoe de gemeente dit kan stimuleren, bv. door dit als voorwaarde op te nemen in het inkoopproces of bij een subsidieaanvraag, te bemiddelen tussen onderwijs en zorg- en welzijnsorganisaties voor de inzet van stagiaires en ontwikkeling van trainingen. - Stimuleer opleidingen op het gebied van zorg, welzijn en jeugdhulp aandacht te besteden aan de ontwikkeling van digitale vaardigheden, waaronder het ondersteunen van de cliënt bij inzet van eHealth. - Onderzoek mogelijkheden om de digitale vaardigheden van Rotterdamse burgers in het algemeen te bevorderen.
Evaluatie	
<ul style="list-style-type: none"> - Gebruik zo mogelijk bewezen effectieve toepassingen - Zorg voor planmatige evaluatie van eHealth toepassingen onder cliënten en medewerkers om inzicht te krijgen in tevredenheid en doelmatigheid. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuleer dit door het als voorwaarde op te nemen in het inkoopproces of bij subsidieaanvragen en laat een gedeelte van het budget reserveren voor evaluatie. - Vraag achteraf verantwoording of de ingezette toepassingen hebben bijgedragen aan de vooraf gestelde doelen.
Onderaannemers/compatibiliteit systemen	
<ul style="list-style-type: none"> - Neem als criterium bij de selectie van onderaannemers mee dat zij met dezelfde systemen werken of bereid zijn dit te doen, en dat zij gezamenlijk willen optrekken in de ontwikkeling/inzet van toepassingen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Overleg met organisaties hoe de gemeente dit kan stimuleren, bv. door dit als eis op te nemen in het inkoopproces of bij een subsidieaanvraag. - Stimuleer of faciliteer onderzoek naar mogelijkheden om systemen beter op elkaar te laten aansluiten (o.a. PGO).

Subsidies	
<ul style="list-style-type: none"> - Vraag subsidies aan om (extra) te kunnen investeren in eHealth, zowel in ontwikkeling van toepassingen op maat als in doorontwikkeling en implementatie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliteer organisaties bij subsidieaanvragen, bijvoorbeeld door: <ul style="list-style-type: none"> • daar tijd voor te laten declareren • eerst beknopte subsidieaanvraag, na 1^e selectie uitgebreide aanvraag (kost minder tijd/meer slachingskansen). • overweeg een budget toe te kennen (met verantwoording achteraf) voor ontwikkeling toepassingen en uitvoeren pilots zonder uitgebreide voorafgaande subsidieaanvraag, zodat geen tijd verloren gaat. - Neem in een subsidieaanvraag voor ontwikkeling van eHealth toepassingen als voorwaarde op dat men budget reserveert voor verdere doorontwikkeling en implementatie van de eHealth toepassingen, inclusief het vrijstellen van personeel hiervoor. Of creëer aparte subsidierondes hiervoor.
Voortbouwen op huidige aandacht voor eHealth vanwege corona	
<ul style="list-style-type: none"> - Gebruik de urgentie van de coronacrisis en de inmiddels opgedane ervaringen m.b.t. de inzet van eHealth om de verdere implementatie van eHealth binnen de organisatie een 'boost' te geven. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorkom dat organisaties terugvallen naar de situatie vóór corona. Gebruik de huidige aandacht voor en inzet van eHealth door organisaties te faciliteren om van elkaars ervaringen te leren en elkaar te inspireren, bijvoorbeeld d.m.v. bijeenkomsten of een digitale nieuwsbrief. Hierbij kunnen organisaties niet alleen succesvolle ervaringen met eHealth met elkaar delen, maar ook uiteenzetten waarom toepassingen niet gelukt zijn.
Positieve benadering en rolmodellen	
<ul style="list-style-type: none"> - Vergroot het (interne) draagvlak door een positieve benadering, waarbij ook voordelen en positieve ervaringen worden gedeeld. - Rolmodellen kunnen hiervoor ingezet worden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuleer eHealth onder zowel cliënten, mantelzorgers, medewerkers en vrijwilligers, bijvoorbeeld d.m.v. campagnes en de inzet van rolmodellen.
Samenwerking organisaties	
<ul style="list-style-type: none"> - Werk samen met andere organisaties bij de ontwikkeling van toepassingen op maat en voor uitwisseling van kennis en ervaringen m.b.t. eHealth, zodat niet iedereen zelf het wiel hoeft uit te vinden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuleer samenwerking tussen organisaties door hen in contact te brengen met andere organisaties, onderwijs en ontwikkelaars, door netwerken te faciliteren, door het als voorwaarde op te nemen in het inkoopproces en door hier bijvoorbeeld een aantal uren declarabel voor te maken.
Overige	
<ul style="list-style-type: none"> - Zet zo mogelijk medewerkers die (tijdelijk) geen fysieke zorg kunnen leveren in bij de inzet en implementatie van eHealth. - Zet zo mogelijk eHealth in bij het overbruggen van de wachttijd op niet-digitale zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stem regels en eisen met betrekking tot de inzet van eHealth af met andere gemeenten in de regio, bijvoorbeeld met betrekking tot de declaratie van hardware en training van cliënten.

Tot slot

Zoals in de leeswijzer al is aangegeven zijn de conclusies van dit rapport niet zonder meer te generaliseren naar de sector of het totale werkveld. Voor deze quickscan hebben we namelijk slechts een klein aantal organisaties per sector gesproken. Daarnaast kan het zijn dat we vooral organisaties hebben gesproken die interesse hebben in eHealth. Dit kan (een positieve) vertekening geven. Deze vertekening is mogelijk nog versterkt doordat wij in onze interviews alleen hebben gevraagd naar de voordelen, waardoor de ervaren nadelen onderbelicht zijn gebleven.

Daarom adviseren we de resultaten van dit onderzoek te bespreken met een grotere groep zorg- en welzijnsorganisaties in Rotterdam om zodoende breder inzicht te krijgen in het gebruik van eHealth binnen de verschillende sectoren, de ervaren voor- en nadelen, de belemmerende en bevorderende factoren, en wensen en behoeften richting de gemeente.

Omdat de ontwikkelingen rondom eHealth momenteel snel gaan, zou een vervolgonderzoek gedaan kunnen worden om te kijken welke eHealth toepassingen ook na de coronacrisis behouden blijven, welke knelpunten opgelost zijn en hoe dat is gelukt, en wat er nodig is voor verdere implementatie van eHealth binnen de verschillende sectoren. Ook deze resultaten kunnen binnen de netwerken besproken worden, zodat organisaties kunnen leren van elkaar.

Tevens zou er kwalitatief onderzoek onder cliënten en medewerkers van zorg- en welzijnsorganisaties uitgevoerd kunnen worden om onder andere inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren en mogelijkheden die zij zelf zien met betrekking tot eHealth.

Bijlage A Topiclijst

Topiclijst voor de telefonische interviews over eHealth met zorg- en welzijnsorganisaties

Algemeen Ik wil graag beginnen met een aantal algemene vragen om een beeld te krijgen van uw organisatie en functie, en de geleverde ondersteuning.	
1.	Kunt u kort de organisatie omschrijven waar u voor werkt? (Naam organisatie, aantal locaties, aantal cliënten en medewerkers)
2.	Werkt uw organisatie met onderaannemers? Zo ja, hoeveel?
3.	Wat is uw functie?
4.	Op welke resultaatgebieden wordt ondersteuning geboden aan cliënten?
5.	Tot welke cliëntgroepen behoren de cliënten? a. Wat zijn de kenmerken van de cliënten m.b.t. leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en migratie-achtergrond? b. Hoe zijn de Nederlandse taalvaardigheden en digitale vaardigheden van de cliënten?
6.	Wat zijn de kenmerken van het personeel dat de ondersteuning levert m.b.t. leeftijd, geslacht en opleidingsniveau? a. Hoe zijn hun digitale vaardigheden?
EHealth binnen de organisatie De volgende vragen gaan over eHealth binnen uw organisatie. Met eHealth bedoelen we de toepassing van technologie om de vitaliteit van Rotterdammers te verbeteren, zowel op gebied van (publieke) gezondheid, zorg, ondersteuning als participatie en welzijn. Voor dit interview gaat het om eHealth vormen die worden ingezet in het kader van Wmo en Jeugdhulp.	
7.	Wat is de visie ten aanzien van eHealth binnen uw organisatie?
8.	Worden er vormen van eHealth ingezet binnen uw organisatie? Zo ja: => naar vraag 9 Zo nee: a. Wat is hiervoor de reden? b. Is er eerder wel eHealth ingezet binnen de organisatie? Zo nee: => naar vraag 10 Zo ja: Welke vormen van eHealth, onder welke cliënten, wat waren de ervaringen, waarom worden ze nu niet meer ingezet? => naar vraag 10
9.	Welke vormen van eHealth worden ingezet voor welke resultaatgebieden en voor welke cliënten? a. Wat zijn de kenmerken van deze cliënten? Is deze inzet ook mogelijk bij de andere cliënten binnen uw organisatie? Waarom wel/niet? b. Sinds wanneer worden deze vormen van eHealth ingezet en wat was de aanleiding hiervoor? c. Wat is de ervaring met de huidige inzet van eHealth? d. Welke voordelen werden verwacht bij ingebruikname van de eHealth toepassingen? Zijn deze verwachtingen uitgekomen? e. Hoe worden de gebruikte eHealth toepassingen verondersteld bij te dragen aan de doelstellingen van de indicatie? f. Wat zijn bevorderende factoren bij het in gebruik nemen van eHealth toepassingen? (Binnen de organisatie, onder uitvoerend personeel, cliënten en/of familie?)

	<p>g. Wat zijn belemmerende factoren bij de inzet van eHealth? (Binnen de organisatie, onder uitvoerend personeel, cliënten en/of familie?)</p> <p>h. Hoe zijn deze belemmerende factoren verminderd of opgelost of wat is ervoor nodig om deze belemmerende factoren te verminderen of op te lossen?</p> <p>i. Is het gebruik van eHealthtoepassingen geëvalueerd binnen de organisatie? Of bent u dit van plan?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zo ja: Hoe en wat is hieruit gekomen? Is de toepassing effectief? • Zo nee: Bent u dit nog van plan? <p>j. Willen jullie de eHealth toepassingen die vanwege de coronacrisis zijn gestart behouden na deze crisis?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke wel/niet? • Waarom wel/niet? <p>k. Hoe worden de eHealth toepassingen geborgd in de organisatie?</p> <p>l. Zijn er eerdere pogingen gedaan om eHealth toepassingen te implementeren die weer zijn gestaakt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zo ja, welke en wat was daarvan de reden?
10.	<p>(Indien gewerkt wordt met onderaannemers)</p> <p>Wordt eHealth (ook) ingezet door onderaannemers?</p> <p>Zo nee: => naar vraag 11</p> <p>Zo ja:</p> <p>a. Wat wordt er aan eHealth ingezet en hoe?</p> <p>b. Hoe tevreden is uw organisatie hierover? Behalen de onderaannemers met inzet van eHealth hun doelen?</p> <p>c. Speelt het gebruik van eHealth een rol bij de selectie van onderaannemers?</p>
11.	<p>Met welke vraagstukken heeft uw organisatie te maken waarvoor eHealth mogelijk een (deel van de) oplossing kan zijn?</p> <p>a. Zijn er op dit moment plannen voor inzet of uitbreiding van eHealth binnen de organisatie?</p> <p>Zo ja: Welke?</p> <p>In hoeverre kan de coronacrisis de implementatie van eHealth toepassingen binnen de organisatie versnellen?</p> <p>Zo nee: Wat weerhoudt jullie van uitbreiding?</p> <p>b. Wat is er nodig om eHealth toepassingen in de toekomst te gaan of blijven gebruiken?</p>
12.	<p>Kent u nog andere eHealth toepassingen voor de soort zorg die uw organisatie en de onderaannemers leveren, die nog niet binnen jullie organisaties ingezet worden?</p> <p>a. Zo ja: Welke? En wat is de reden hiervoor?</p> <p>b. Heeft uw organisatie zicht op wat vergelijkbare zorgaanbieders in Rotterdam/Nederland aan eHealth toepassingen gebruiken?</p>
13.	<p>Heeft uw organisatie wel eens subsidie aangevraagd ten behoeve van eHealth?</p> <p>a. Is uw organisatie bekend met subsidieregelingen voor de implementatie van eHealth toepassingen? Zoals de <i>Stimuleringsregeling eHealth Thuis (SET)</i> en https://www.innovationquarter.nl/item/zorgtech/ (Zuid-Holland).</p>
14.	<p>We zijn aan het eind van de vragen over eHealth gekomen. Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen?</p>
<p>Tot slot wil ik u nog een paar vragen stellen over medewerking aan een onderzoek over eHealth onder medewerkers en cliënten.</p>	
15.	<p>Is het mogelijk op redelijk korte termijn binnen uw organisatie een vragenlijst uit te zetten onder personeel dat met de eHealth toepassingen werkt?</p> <p>a. Zo ja, wie kunnen we hiervoor benaderen?</p> <p>b. Kunnen we deze vragenlijst online uitzetten?</p>

16.	Is het mogelijk op redelijk korte termijn binnen uw organisatie een of meerdere cliënten te werven voor een telefonisch interview met ons over hun ervaringen en ideeën m.b.t. eHealth toepassingen? a. Zo ja, wie kunnen we hiervoor benaderen?
17.	Zou u/uw organisatie begin juli deel willen nemen aan een bijeenkomst om de resultaten van het onderzoek te bespreken, inclusief de mogelijkheden om inzet van eHealth uit te breiden?

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek!

Kennis voor een sterk Rotterdams beleid

Onderzoek en Business Intelligence is een afdeling binnen de gemeente Rotterdam. De afdeling verzamelt informatie en doet onderzoek voor het maken en uitvoeren van beleid door de gemeente Rotterdam. Het onderzoek gaat over onderwerpen als gezondheid, zorg, onderwijs, re-integratie, demografie, ruimtelijke ordening en veiligheid. Soms is de gemeentelijke organisatie het onderwerp, vaker gaat het over de stad en haar bewoners. Het doel is steeds om met deze verzamelde kennis het beleid en de bedrijfsvoering van de gemeente te verbeteren.

Auteurs



J.C.M. Watzeels



S.E. Boer



D. Butte

Rotterdam.nl



Gemeente Rotterdam