

GEBRUIK VAN E-HEALTH NU EN NA COVID-19

praktijk gebaseerd model om het gebruik van e-health te beïnvloeden

1. Inleiding

Daar was het opeens door COVID-19, een grootschalige inzet en gebruik van e-health. Want door de inzet van e-health, wordt de continuïteit en toegankelijkheid van zorg en welzijn gerealiseerd door zorgaanbieders en welzijnsorganisaties. Het rijk zorgde voor financiële mogelijkheden (SET COVID-19) om de opschaling ervan mede mogelijk te maken.

Maar hoe gaat het verder nadat alle tijdelijke COVID-19 maatregelen zijn afgebouwd? Wat gebeurt er als medewerkers van zorginstellingen en welzijnsinstellingen weer fysiek voor mensen kunnen zorgen? Blijven zij dan gebruik maken van e-health? Wat gebeurt er als de tijdelijke extra financiële middelen opdrogen? Wie betaalt dan de inzet van de e-health? Gaat er een tegenreactie ontstaan en worden mensen *e-health-moe*? Stort het gebruik van e-health in of stabiliseert zich dat op een hoger niveau dan voor de corona crisis?

2. Doel van deze publicatie

Allerlei vragen en dito gedachten en meningen over hoe de inzet en het gebruik van e-health zich gaan ontwikkelen. Er is niet een eenduidig antwoord, maar de uitkomst kan wel beïnvloed worden. In deze publicatie wordt dieper ingegaan om de vraag *hoe* gebruik ontworpen en georganiseerd kunnen worden door zorgaanbieders en welzijnsorganisaties nog tijdens en na de corona crisis.

E-health wordt in deze publicatie gedefinieerd als de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren. In deze publicatie worden de begrippen van *e-health* en *digitale toepassingen* als hetzelfde gehanteerd. Als gesproken wordt over cliënten, dan kunnen dat ook klanten of burgers zijn. Het gepresenteerde *DEHA-model van gebruik* is een praktisch geformuleerd model. Als voorbeeld wordt *beeldbellen* uitgewerkt. Maar het is een generiek model en invulbaar voor verschillende digitale toepassingen in de zorg en welzijn. De oplossingsrichtingen zijn ook generiek.

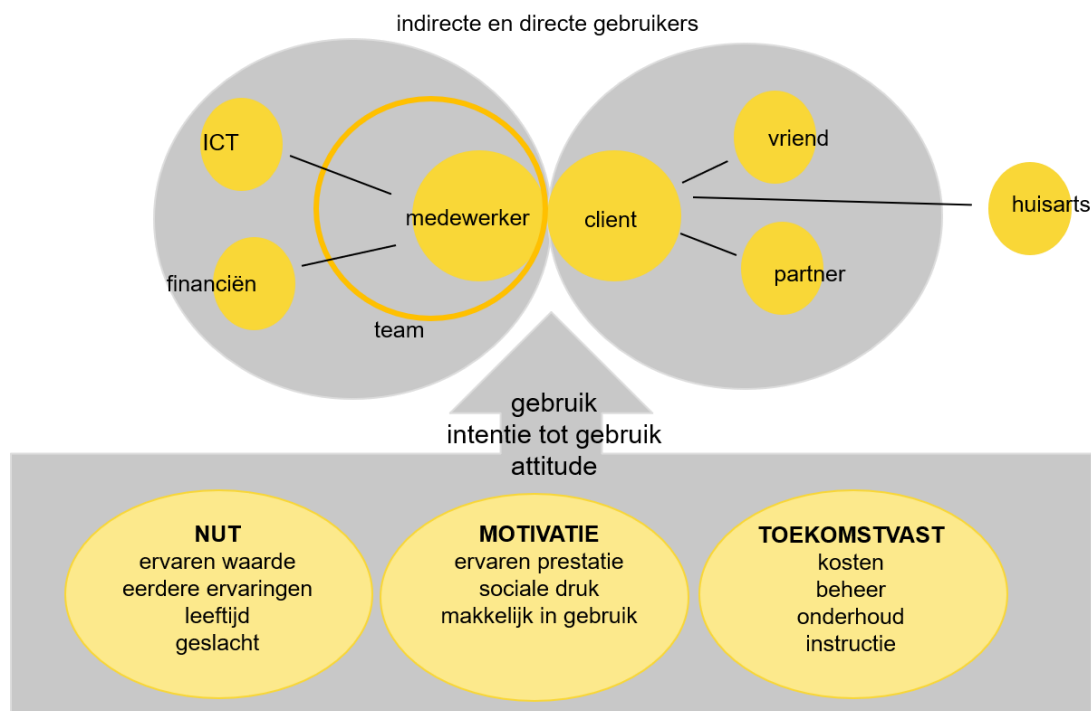
Deze publicatie is geschreven voor innovatiemedewerkers van zorgaanbieders en welzijnsorganisaties. Wellicht interessant voor medewerkers van gemeenten, zorgverzekeraars en ondernemers. De geleerde lessen zijn afkomstig uit een DEHA uitvraag mei 2020 aan zorgaanbieders over *beeldbellen* en de gehouden DEHA kennissessie in juli 2020.

3. DEHA-model van gebruik

Het gebruik van een digitale toepassing (in dit voorbeeld beeldbellen) wordt bepaald door het succes van de nieuwe manier van werken voor de gebruikers. Beeldbellen kent verschillende *gebruikers*. De meest duidelijke daarvan zijn de direct betrokkenen, te weten de cliënt en de professional. Maar zij zijn slechts de primaire gebruikers. Daarnaast heeft elk van de directe gebruikers eigen netwerken en ook ondersteunende diensten gelden eigenlijk als gebruikers, omdat zij essentieel zijn voor het goed functioneren. Dit overzicht wordt in het bovenste deel van het *DEHA-model van gebruik* weergegeven.

Het daadwerkelijk gebruik van beeldbellen wordt bepaald door de attitude en de intentie van het gebruik door een gebruiker. Het UTAUT-model (unified theory of acceptance and use of technology) geeft de acceptatie van nieuwe technologie weer door een gebruiker. Dit wordt in het onderste gedeelte van het *DEHA-model van gebruik* weergegeven.

Worden de verschillende onderdelen met elkaar verbonden, dan ontstaat inzicht in de *knoppen* waaraan gedraaid kan worden om te komen tot structureel gebruik door alle gebruikers. Dit gezien vanuit het perspectief van de zorgaanbieder. De onderdelen vanuit het UTAUT-model zijn verdeeld onder drie *knoppen*. Het gaat om de begrippen *nut*, *motivatie* en *toekomstvast*. Geleerd is uit de praktijk, is dat invulling gegeven moet worden aan alle drie de knoppen. Wordt geen gelijktijdige invulling gegeven aan een van de knoppen, dan vindt er geen structureel gebruik plaats. Het *DEHA-model van gebruik* kan ingezet worden als middel om te komen tot de invulling van een plan van aanpak voor een pilot of opschaling.



DEHA-model voor gebruik: casus beeldbellen

4. Knop: nut

Nut wordt gedefinieerd als de opbrengst van beeldbellen voor een gebruiker. Het betreft de opstelsom van *eerdere ervaringen met digitale toepassingen*, *leeftijd*, *geslacht* en *ervaren waarde* door een gebruiker. Er zijn verschillende segmenten van gebruikers, dus verschillende invullingen van het nut van een digitale toepassing. Hoe kan nu aan deze knop gedraaid worden door de innovatiemedewerker van een zorgaanbieder?

Eerdere ervaring met beeldbellen specifiek en digitale toepassingen in het algemeen, zijn een onderdeel in het bepalen van het *nut* van een gebruiker. Vaak zijn deze ervaringen negatief. Neem dit uitermate serieus en formuleer een goede communicatiestrategie, met verschillende kernboodschappen voor de verschillende klantgroepen. Benoem daarin het *nut* voor een klantgroep. Voor een cliënt kan dat het volgende zijn: *U hoeft niet meer fysiek naar de huisarts maar, heeft u heeft wel persoonlijk contact*. Voor een medewerker kan dat zijn: *Je kunt meer waardevolle gesprekken voeren op het tijdstip dat je cliënt het nodig heeft*.

Goede communicatie is een kritische succesfactor. Voor medewerkers en cliënten is het gebruik van beeldbellen vaak een grote stap. Het doorbreekt het persoonlijk contact, vraagt om nieuwe competenties van de medewerker en creëert onzekerheid over de mogelijke kwaliteit, meerwaarde en verandering die het teweegbrengt. Besteed aandacht aan verschillende vormen van communicatie:

- brede informerende communicatie aan de organisatie vooraf,
- instruerende communicatie aan de directe betrokken,
- begeleidende communicatie bij het voeren van gesprekken.

Naast communicatie zijn er ook andere manieren om negatieve eerdere ervaringen te vervangen door positieve ervaringen. In de praktijk zien we dat het ontwerpproces van nieuwe digitale toepassingen buiten het gros van de medewerkers van aanbieders gaat. Dit heeft tot gevolg dat medewerkers pas met digitale toepassingen in aanraking komen, als een toepassing een (minimale) goede kwaliteit heeft.

Aan *leeftijd* en *geslacht* kan (in principe) niets veranderd worden. Wel kunnen er generieke profielen (persona's) worden opgemaakt aan de hand van deze gegevens. De kernboodschappen zijn anders voor verschillende groepen. Het maakt uit als je een team hebt bestaande uit alleen maar vrouwen van 60+ of een gemengd team hebt met mannen en vrouwen vanaf 18-65 jaar.

De afgelopen jaren heeft de e-health markt een kwaliteitsslag gemaakt. Met als resultaat, kwalitatief betere digitale toepassingen. Het gaat erom, om digitale toepassingen te ontwerpen, waarvan meteen duidelijk is dat het een oplossing is voor een probleem. Hoe meer functionaliteiten eraan worden toegevoegd, hoe onduidelijker het *nut* is te begrijpen. Voor innovatiemedewerkers betekent dit het volgende: kies de *one-track* digitale toepassing.

5. Motivatie

Motivatie wordt gedefinieerd als de beweegreden van een gebruiker om het te gaan gebruiken. Uit de praktijk is geleerd dat intrinsieke motivatie beter werkt dan opgelegde motivatie. Het lijkt beter te bekliven als er sprake is van intrinsieke motivatie. Motivatie is opgebouwd uit de *ervaren prestatie*, *sociale druk* (dat kan vanuit de leefwereld komen als uit de leefwereld) en als iets *makkelijk in het gebruik* is (is het niet te ingewikkeld). Hoe kan nu aan deze knop gedraaid worden door de innovatiemedewerker van een zorgaanbieder?

Ervaren prestatie ligt in het verlengde van het nut van een digitale toepassing. Het gaat hier om de inschatting van gebruikers, dat een digitale toepassing hen helpt bij het behalen van een doel. Communicatie is een belangrijk instrument om dit te versterken. Gebruik ambassadeurs en vertel het verhaal.

Sociale druk is een niet te onderschatten kracht in de e-health markt. Omdat digitale toepassingen relatief nieuw en onbekend zijn, luisteren cliënten vaak naar professionals. Als professionals het aandragen, zijn zij genegen om dit te gaan gebruiken. Als professionals het niet aangedragen krijgen, gebruiken ze het niet. Professionals treden dan op als de verkopers van de digitale toepassing. Dat vraagt om een verandering in denken en handelen van de medewerkers van zorgaanbieders. Om deze verandering vorm en inhoud te geven, hanteren een aantal zorginstellingen het concept van *blended care*. Zij zijn bezig met het invoegen van digitale toepassingen in de huidige zorgpaden. Zo worden digitale toepassingen onderdeel van de normale dienstverlening en dus vanzelfsprekend om door professionals *verkocht* te worden aan cliënten.

Makkelijk in gebruik. Dit klinkt als een open deur maar is het niet. Neem dit altijd op als een belangrijke indicator voor de keuze van een digitale toepassing. Een voorbeeld uit de praktijk. Een zorgaanbieder had de keuze tussen twee verschillende aanbieders van een gelijksoortige digitale toepassing. Er werd niet gekeken naar het *onboarding* proces. Bleek dat bij aanbieder A dit heel simpel geregeld was. Men ging naar een website, voerde het emailadres in en men kreeg een introductie vanuit de leeromgeving. Bij aanbieder B ging het anders. Daar moest men eerst registreren, dan moest men een e-learning selecteren, in de e-learning moest een aparte leeromgeving worden aangemaakt. Dit moest door een aparte mail te sturen en dan kreeg men toegang tot een aparte leeromgeving. Dit wordt door de medewerkers als zeer lastig gevonden en legde een bom onder de implementatie. Ergo: kies een systeem dat zeer gebruiksvriendelijk is.

6. Toekomstvast

Toekomstvast wordt gedefinieerd als een situatie waarin beeldbellen duurzaam gebruikt kan worden door een gebruiker. Het betreft de optelsom van *kosten, beheer en onderhoud* en *instructie* door een gebruiker. Hoe kan nu aan deze knop gedraaid worden door de innovatiemedewerker van een zorgaanbieder?

Grootschalig toepassen van beeldbellen vindt nu plaats in alle sectoren van de zorg en welzijn. De businesscase is in elk van de domeinen van zorg en welzijn noodzakelijkerwijze volledig anders, omdat de financiering een andere structuur heeft. Soms is er een financieingsgrondslag aanwezig zoals voor gesprekken binnen de huisartsen- en ziekenhuiszorg. In andere domeinen geldt dat nog niet altijd en moet gezocht worden naar volledig andere vormen van afspraken om de dienstverlening per beeldbellen gefinancierd te krijgen. Daarbij spelen niet alleen de organisaties zelf een belangrijke rol, maar vaak ook de verzekeraars en lokale overheden. Het blijkt zinvol elkaar op te zoeken en samen af te stemmen en te komen tot goede afspraken over de vergoedingen. De positie en rol van de financiële afdeling van een zorgaanbieder is erg van belang. Vooral financiële medewerkers van zorg en welzijn moeten beschikken over de laatste kennis van de financieringsgrondslagen van digitale toepassingen. Zij moeten inzicht hebben in de financiële consequenties als men digitale toepassingen gaan inpassen in het primaire proces en hoe de organisatie hiermee dient om te gaan. Dit moet georganiseerd worden.

Beeldbellen vereist nieuwe competenties en goed beeldbellen vraagt een training waarin professionals ook werkelijk een aantal (korte) gesprekken voeren met de apparatuur en software die gebruikt worden. Nieuwe aspecten bij beeldbellen waarvan professionals zich bewust moeten zijn:

- de kwaliteit van de verbinding aan beide kanten,
- de eigen presentatie in beeld,
- de achtergrond,
- het verloop van het gesprek,
- visuele aanwijzingen voor de situatie van de cliënt.

Beeldbellen wordt pas na enige tijd 'vanzelfsprekend' en gebruikers moeten de tijd krijgen de eigen ervaringen te verzamelen. Wanneer duidelijk wordt dat het een uitdaging wordt of blijft moet een extra inspanning in ondersteuning worden gedaan. Soms zijn gezamenlijke sessies met gebruikers een goede methode. Daar kunnen ze ervaringen delen en suggesties uitwisselen hoe het gebruik kan worden verbeterd.

Beheer en onderhoud moeten goed zijn en voortdurend verbeterd worden. Omdat de praktijk van beeldbellen nieuw is en in het primair proces gebruikt wordt, vraagt het in het begin meer onderhoud dan een standaardwerkplek. Plan meer inzet van ondersteuners dan een reguliere werkplek zou vragen. Zoek ambassadeurs die hun collega's kunnen stimuleren en helpen. Organiseer een goede helpdesk, want wanneer beeldbellen niet werkt is het aanmaken van een *ticket* en drie dagen later reageren, funest voor het gebruik. Zorg ervoor dat technische ondersteuning meer dan voldoende capaciteit heeft.

7. Tot slot

De laatste jaren is er een toenemende aandacht voor de kwaliteit van informatievoorziening. Structurele adoptie van beeldbellen in de organisatie betekent het creëren van nieuwe processen en diensten in het primaire proces. Er zijn een aantal standaarden voor veiligheid en beveiliging die daar vorm aangeven en die de komende jaren steeds vaker uitgangspunt worden voor het gebruik van de digitale informatiesystemen in zorg en welzijn. Zelfs wanneer de standaarden nu niet verplicht zijn is het gebruiken ervan als een inspiratie voor de kwaliteit van de inrichting van eigen systemen.

Specifiek voor de bescherming van persoons gerelateerde informatie moet elke organisatie sinds 25 mei 2018 verplicht voldoen aan de Nederlandse AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming). Ze is de invulling van de Europese GDPR (General Data Protection Regulation) richtlijn voor beveiliging van privacy. Deze stelt eisen aan de organisatie van veiligheid en de inrichting van systemen. Zo moeten organisaties een functionaris gegevensbescherming (FG) benoemen die aantoonbaar opgeleid is in deze materie en procedures hebben uitgeschreven om de veiligheid van gegevens te kunnen waarborgen. Beeldbellen moet goed passen in de voorzieningen zoals die door de organisatie zijn ingericht.

Voor de algemene informatiebeveiliging in de zorg geldt de NEN 7510, de Nederlandse aanpassing van de Europese ISO 27.001 en 27.002 normen. Dit betreft de veiligheid van alle digitale oplossingen die gebruikt worden, en vraagt om een uitgebreide analyse van de mogelijke risico's en voorzieningen om die zo klein mogelijk te maken. Wanneer de organisatie deze standaard volgt, spreekt het vanzelf dat ook de gekozen beeldbelimplementatie daaraan moet voldoen.

De (nog) wat minder bekende standaard voor de kwaliteit van e-health is de NEN 8028 norm *Medische informatica – kwaliteitseisen telemedicine*. Maar ze beschrijft de basis noties die een goed handvat vormen voor het inrichten van de eigen kwaliteit van voorzieningen. Zelfs als deze niet actief wordt gevolgd is het goed om bij het denken over de inrichting van beeldbellen de standaard te kennen en bij het inrichten van een eventuele oplossing daar rekening mee te houden.

Een ander aspect van een beeldbel oplossing is of deze toekomstvast is ingericht. Met name de laatste jaren is er toenemende aandacht voor de uitwisseling van berichten tussen systemen en partijen. In dat kader heeft het ministerie van VWS de Medmij standaarden ontwikkeld die zorgen voor de uitwisseling van gegevens tussen professionele organisaties en de systemen van cliënten en patiënten. Bij het kiezen van een oplossing is het meenemen van de ontwikkeling raadzaam.

Voor opmerkingen, aanvullingen en vragen, neem contact op met:
Dick-Jan Zijda
dzijda@innovasi.nl
www.deha.nl