

‘Omdat ik het belangrijk vind om goed voor mezelf te zorgen’



Rapportage  
eHealth-doelstellingen 2016



‘Omdat ik het belangrijk vind om goed voor mezelf te zorgen’

**Rapportage  
eHealth-doelstellingen 2016**



## Colofon

### Auteurs

Johan Krijgsman  
José Peeters  
Geeke Waverijn  
Britt van Lettow  
Lucas van der Hoek  
Judith de Jong  
Roland Friele  
Lies van Gennip

### Begeleidingscommissie

Guus Schrijvers, voorzitter  
Arina Burghouts (NPCF)  
Erwin Eisinger (Ministerie van VWS)  
Inga Tharun (Ministerie van VWS)  
Annemiek Mulder (Actiz)  
Sjaak Nouwt (KNMG)  
Albert Versteegde (Zorgverzekeraars Nederland)  
Jeroen Crasborn (Zilveren Kruis)  
Erna Vreeke (V&VN)

Dit rapport is onderdeel van de eHealth-monitor<sup>1</sup> en is een uitgave van Nictiz en het NIVEL. Het eerste rapport over de eHealth-doelstellingen van VWS, *'Dan kan ik er misschien zelf iets aan doen'* is in 2015 verschenen als onderdeel van de eHealth-monitor 2015.

Den Haag en Utrecht, mei 2016  
© Nictiz en het NIVEL  
[www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)  
[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

### Vormgeving

No Panic - Communicatiemakers  
Roel Schenk (Nictiz)

### ISBN

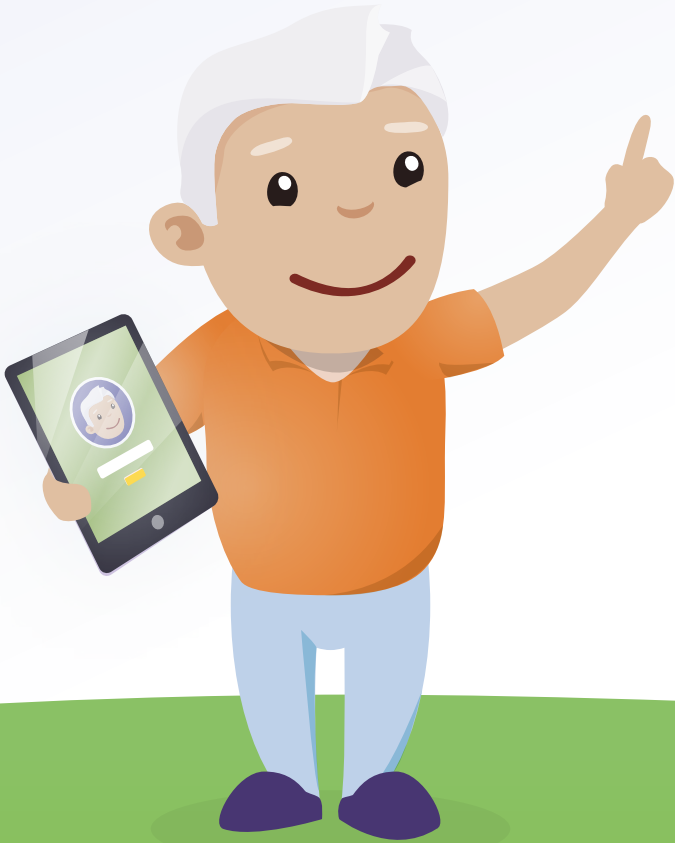
978-90-820304-5-7

<sup>1</sup> Verwachte publicatiedatum van de vierde editie van de eHealth-monitor is oktober 2016.



<b>Samenvatting</b>	<b>8</b>		
<b>1 Inleiding</b>	<b>14</b>		
1.1 eHealth in beeld	15		
1.2 Doelstellingen VWS	15		
1.3 Leeswijzer	16		
<b>2 Online inzage medische gegevens</b>	<b>18</b>		
2.1 Toegang tot medische gegevens	19		
2.2 Chronisch zieken en alle Nederlanders	19		
2.3 Wat is de stand van zaken aan het begin van 2016?	20		
2.3.1 Inzien van informatie bij de huisarts	20		
2.3.2 Inzien van informatie bij het ziekenhuis	22		
2.3.3 Inzien van informatie bij de apotheek	24		
2.3.4 Inzage bij andere zorgverleners	25		
2.3.5 Redenen dat inzage wel of niet nuttig is	26		
2.4 Persoonlijk gezondheidsdossier	27		
2.5 Veranderingen ten opzichte van de vorige meting	28		
2.6 Toegang tot medische gegevens voor alle Nederlanders	28		
2.7 Bespreking van de doelstelling	29		
2.8 Discussie	29		
<b>3 Zelfmetingen en telemonitoring</b>	<b>32</b>		
3.1 Zelfmetingen en gegevensmonitoring op afstand	33		
3.2 Chronisch zieken en 'kwetsbare' ouderen	34		
3.3 Wat is de stand van zaken aan het begin van 2016?	35		
3.3.1 Zelf meten	35		
3.3.2 Soort meting	37		
3.3.3 Wijze van bijhouden	37		
		3.3.4 Redenen om te meten	38
		3.3.5 Delen van gegevens met de zorgverlener	39
		3.3.6 Redenen om niet te meten	40
		3.3.7 Verschillen tussen chronisch zieken en kwetsbare ouderen	41
		3.4 Bespreking van de doelstelling	42
		3.5 Verschillen tussen 2015 en 2016	42
		3.6 Discussie	43
		3.6.1 Zelfmetingen	43
		3.6.2 Telemonitoring	44
		3.6.3 Tot slot	45
		<b>4 Beeldschermzorg en domotica</b>	<b>46</b>
		4.1 Langer thuis wonen en thuishetchnologie	47
		4.2 Zorg en ondersteuning thuis	48
		4.3 Wat is de stand van zaken aan het begin van 2016?	48
		4.3.1 Gebruik van beeldschermzorg	49
		4.3.2 Wens om gebruik te maken van beeldschermzorg	50
		4.3.3 Gebruik van domotica	51
		4.4 Wat is bekend uit de eHealth-monitor 2015?	52
		4.5 Veranderingen ten opzichte van de vorige meting	52
		4.6 Bespreking van de doelstelling	53
		4.7 Discussie	53
		<b>5 Literatuur</b>	<b>56</b>
		<b>Bijlage A: Methode</b>	<b>60</b>
		Doelgroepen van deze rapportage	61
		Dataverzameling en respons	64
		Gebruik van internet	64
		Achtergrondkenmerken van de deelnemers	67

# Samenvatting





Er is een beweging gaande in de Nederlandse gezondheidszorg in de richting van meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg van patiënten. De Nederlandse overheid wil deze beweging versnellen (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014; 2015). eHealth kan hierbij helpen. Slimme ICT-toepassingen in de zorg bieden mogelijkheden aan patiënten om regie te nemen over hun gezondheid, in hun eigen omgeving, al dan niet met hulp van mantelzorgers, burens, familie, vrienden en vrijwilligers. Naar verwachting kunnen vooral chronisch zieken en kwetsbare ouderen profiteren van de voordelen van eHealth. De inzet van eHealth is daarbij *geen doel op zich*, maar een *middel* om de beweging naar meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg van patiënten te ondersteunen.

Om te stimuleren dat eHealth meer binnen het bereik komt van patiënten, hebben de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de Kamerbrief over e-Health en zorgverbetering van 2 juli 2014 (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) drie doelstellingen geformuleerd op het gebied van eHealth. Zij willen samen met patiënten en zorgverleners deze doelstellingen binnen vijf jaar realiseren. De doelstellingen richten zich vooral op chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen. Ze luiden als volgt:

**Doelstelling 1:**

“Binnen vijf jaar heeft 80% van de chronisch zieken direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen, en kan deze desgewenst gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige Nederlanders betreft dit 40%.”

**Doelstelling 2:**

“Van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen kan 75%, die dit wil en hiertoe in staat is, binnen vijf jaar zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener.”

**Doelstelling 3:**

“Binnen vijf jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid om - desgewenst - via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt hierbij ook domotica ingezet.”

Hoewel de doelstellingen zich richten op drie specifieke toepassingen van eHealth, is daarbij de keuze voor specifieke technologie niet het belangrijkste. De doelstellingen zijn geformuleerd vanuit een bredere context, namelijk om eraan bij te dragen dat mensen

zo lang mogelijk actief kunnen deelnemen aan het arbeidsproces en zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014, 2015).

### Doelstellingenmeting

Het rapport dat voor u ligt, betreft de eerste meting van de doelstellingen van VWS, een jaar na de nulmeting van eind 2014. Zie ook de tijdlijn in figuur 1. Het volgende meetmoment is naar verwachting eind 2016.

In deze meting beschrijven we in hoeverre aan het einde van 2015 (dus na een jaar) de doelstellingen van VWS zijn bereikt. Ook gaan we per doelstelling na of er verschillen zijn ten opzichte van de nulmeting. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL. Het NPCG bestaat uit ongeveer 3.500 zelfstandig wonende mensen van vijftien jaar of ouder met een somatische chronische ziekte en/of matige of ernstige lichamelijke beperkingen. De drie doelgroepen - chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen die thuis zorg ontvangen - overlappen elkaar voor een

deel. Zo zijn kwetsbare ouderen vaak chronisch ziek en ontvangen soms ook zorg en ondersteuning thuis.

### Doelstellingenmeting en de eHealth-monitor

De meting van de doelstellingen van VWS is een speciale editie van de eHealth-monitor, een onderzoek van Nictiz en het NIVEL dat jaarlijks de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth in Nederland in kaart brengt. De volgende (hoofd)editie van de eHealth-monitor wordt verwacht in oktober. Dan wordt gekeken naar het gebruik van eHealth onder zorggebruikers in het algemeen (Nederlanders van 18 jaar en ouder), maar ook naar toepassing van eHealth door zorgverleners (waaronder artsen en verpleegkundigen) en naar de mogelijkheden die zorgverleners aan hun patiënten beschikbaar stellen.

Deze doelstellingenrapportage richt zich alleen op die toepassingen die voorkomen in de VWS-doelstellingen en kijkt naar drie bijzondere groepen van zorggebruikers, namelijk chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met zorg en ondersteuning thuis.



## Algemene constatering over de doelgroepen

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met zorg en ondersteuning thuis, verschillen van de gemiddelde bevolking als het gaat om het gebruik van internet. Terwijl 94% van de zorggebruikers (Nederlanders van achttien jaar en ouder) aangeeft internet te gebruiken, is dit onder chronisch zieken 82%, onder kwetsbare ouderen 64%, en onder mensen met zorg en ondersteuning thuis 61%. Ook geeft ruim een op de zes chronisch zieken (18%) aan momenteel niet te beschikken over een computer of internet. Toegang hebben tot internet is een belangrijke voorwaarde voor het gebruik van eHealth, waaraan bij een relatief grote groep kennelijk nog niet is voldaan.

### Internetgebruik per doelgroep:



## Doelstelling 1 - Online inzage in medische gegevens

Ten opzichte van de nulmeting onder chronisch zieken zien we weinig verschillen. In totaal geeft 10% aan via het internet inzage te hebben gehad in hun medische gegevens bij één of meer zorgaanbieders (de doelstelling voor 2019 is 80%). Verder gaf 2 tot 6% van de chronisch zieken aan dat zij in het afgelopen jaar via het internet inzage konden hebben in hun medische gegevens bij een specifieke zorgaanbieder

(huisarts, ziekenhuis, apotheek, overig). Voor wat betreft 'overige Nederlanders' is bekend uit de eHealth-monitor 2015 dat 2 tot 4% van de zorggebruikers aangaf dat inzage via internet mogelijk was bij hun huisarts, medisch specialist, fysiotherapeut of GGZ-hulpverlener. Ongeveer een op de vijf chronisch zieken zegt geen inzage te willen (18-21%), terwijl een grotere groep dit juist wél wil (33-44%, afhankelijk van de soort informatie en zorgverlener).

Ongeveer een op de zes chronisch zieken (18%) geeft aan geen inzage te hebben gehad in hun dossier via het internet, omdat zij niet beschikken over een computer of internet. Daarnaast speelt onder deze groep onbekendheid met de mogelijkheden een belangrijke rol; de groep chronisch zieken die *niet* weet of inzage via internet al dan niet mogelijk is bij huisarts, ziekenhuis of apotheek, varieert van 69 tot 75%.

Voor het gebruik van gegevens in mobiele apps of internetapplicaties hebben we dit jaar gekeken naar persoonlijke gezondheidsdossiers (PGD's). Van de chronisch zieken maakt 2% hier gebruik van en nog eens 2% heeft dat in het verleden gedaan. Een kwart van de doelgroep (25%) geeft aan dat zij dit in de toekomst willen gaan doen.

## Doelstelling 2 - Zelfmetingen en telemonitoring

Ongeveer een derde van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen heeft geen behoefte om zelfstandig metingen uit te voeren. Aangezien de doelstelling deze mensen buiten beschouwing laat, gaat het erom vast te stellen hoeveel van de mensen die dit wél willen, dit ook zelfstandig *kunnen*. Van de chronisch

zieken en kwetsbare ouderen *die dit willen*, geven respectievelijk 91% van de chronisch zieken en 80% van de kwetsbare ouderen aan dit nu al te doen, dan wel (zelfstandig) te *willen* doen (de doelstelling voor 2019 is 75%). Van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die willen meten, geven respectievelijk 9% en 20% aan dat zij wel *willen* meten, maar dit *niet zelf kunnen*. Als we kijken wie nu al daadwerkelijk metingen doet, bedragen de percentages 47% van de chronisch zieken en 44% van de kwetsbare ouderen. Het gaat dan vooral om waarden als gewicht, bloeddruk of bloedsuiker. Daarmee is het eerste deel van de doelstelling voor 2019 gehaald, aangezien meer dan 75% van wie dat wil en daartoe in staat is, zelfstandig metingen kan uitvoeren. Ook bij deze doelstelling zien we overigens weinig verschillen met de nulmeting.

In de groep mensen die aangeeft niet zelf te kunnen meten, zijn de redenen hiervoor onder meer:

- dat men het de taak van de arts vindt;
- dat men het moeilijk vindt zonder hulp;
- dat men er niet bij stil heeft gestaan dat dit kan;
- dat men niet de benodigde apparatuur heeft of niet de middelen om deze aan te schaffen.

Doelstelling 2 geeft verder aan dat het zelf meten *veelal* plaats vindt in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener. Uit deze meting blijkt dat bij 6% van de chronisch zieken en bij 17% van kwetsbare ouderen de zorgverlener de gezondheidswaarden op afstand volgt en contact opneemt als er iets mis is. Of het nodig of wenselijk is dat dit vaker gebeurt, kunnen we op grond van deze meting niet vaststellen. Dat hangt ook af van de ernst van de aandoening en het doel van monitoring op afstand. Wel blijkt uit deze meting dat minder dan een

vijfde van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die zelf meten, het belangrijk vindt dat zij de zelf gemeten gezondheidswaarden via het internet kunnen delen met hun zorgverlener.

### Doelstelling 3 - Beeldschermzorg en domotica

Van de mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen<sup>2</sup>, kan 5% direct van huis uit visueel contact maken met een zorgverlener via het beeldscherm van de computer, telefoon, tablet of televisie. We zien hier geen verschil met de vorige meting. De doelstelling voor 2019 is dat *iedereen* met zorg en ondersteuning thuis deze mogelijkheid heeft.

Uit eerder onderzoek is bekend (Krijgsman et al., 2015a) dat het percentage verpleegkundigen in de care dat aangeeft dat in hun instelling met beeldschermzorg wordt gewerkt van 2014 op 2015 is toegenomen, maar dit vertaalt zich kennelijk op dit moment niet naar een toename in de toegang tot beeldschermzorg onder mensen met zorg en ondersteuning thuis.

Wel is er een toename in het percentage mensen met zorg en ondersteuning thuis dat aangeeft over thuisalarmering te beschikken (van 19 naar 28%).

Van de mensen met zorg en ondersteuning thuis die nu nog niet gebruikmaken van beeldschermzorg, geeft ongeveer een tiende (11%) aan dit te willen, bijvoorbeeld om tijd te besparen of omdat men het handig vindt. De helft (50%) weet echter niet of ze van beeldschermzorg gebruik willen maken en twee vijfde (40%) zegt dit niet te willen, onder meer:

- omdat ze de meerwaarde er niet van inzien;
- omdat ze het niet handig vinden;

2 De groep mensen met zorg en ondersteuning thuis is geselecteerd uit het NPCG-panel op basis van informatie over het gebruik van zorg en ondersteuning via de Wmo. Het gaat dan om mensen met hulp bij het huishouden, begeleiding, persoonlijke verzorging en wijkverpleging vanuit de Wmo. Het ontvangen van persoonlijke verzorging of verpleging aan huis vanuit de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg was dus geen selectiecriteria. Wel is mogelijk dat mensen naast zorg en ondersteuning vanuit de Wmo ook zorg ontvingen op basis van andere wetgeving.

- omdat ze de voorkeur geven aan 'gewoon' contact. Uit eerder onderzoek is bekend dat toekomstige ouderen verschillen in hun wensen en mogelijkheden ten aanzien van technologiegebruik (Doekhie et al., 2014). Veel van hen zijn 'internetvaardig' en willen gebruikmaken van domotica en technologie als zij hierdoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Maar er is er ook een groep die niet met de computer overweg kan en weinig verwacht van nieuwe techniek. Kortom, de ene oudere is de andere niet. Bij de interpretatie van de resultaten in het licht van deze derde doelstelling is het belangrijk om deze variatie mee te nemen.

### Tot slot

Uit deze eerste meting na de nulmeting blijkt dat met name bij doelstellingen 1 en 3 nog weinig ontwikkeling zichtbaar is in de richting van de doelstelling voor 2019. Daarbij merken we op dat de metingen uitgaan van de eindgebruiker, dus het einde van de innovatieketen. Dit betekent dat eventuele ontwikkelingen in het aanbod (bijvoorbeeld initiatieven om de toegang tot patiëntportalen te stimuleren) die nog niet zichtbaar zijn voor de doelgroep, ook niet zichtbaar zijn in het onderzoek. De ontwikkelingen die nodig zijn om de doelstellingen te bereiken, verlopen niet noodzakelijkerwijs in een rechte lijn.

De drie doelstellingen van VWS zijn erop gericht om chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, hulpmiddelen te geven waarmee zij zelf de regie kunnen nemen over hun gezondheid. Hoewel een deel van van hen al gebruik maakt van inzage in medische gegevens, zelfmetingen en beeldschermzorg, geven anderen aan daar minder behoefte aan te hebben. Mensen

verschillen in hun wensen en mogelijkheden wat betreft gebruik van technologie. De doelstellingen houden daar terecht rekening mee.

Opvallend is dat de doelgroepen uit de doelstellingen minder gebruikmaken van internet dan gemiddelde Nederlanders. Ook beschikt een deel van hen niet over een computer of internet. Verder zijn veel van hen onbekend met de bestaande mogelijkheden. Deze meting maakt opnieuw duidelijk dat patiënten zich veel meer bewust moeten worden van de mogelijkheden van ICT en internet voor de zorg. Zorgaanbieders kunnen daar een belangrijke rol in spelen, aangezien zij direct contact hebben met de patiënt.

Tot slot is het belangrijk dat we beseffen dat techniek geen doel op zich is en dat achter de concrete doelstellingen hogere doelen liggen. De eHealth-toepassingen zijn bedoeld als een *middel* om een brede beweging naar meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg onder patiënten te ondersteunen. We moeten de drie doelstellingen vanuit dit perspectief blijven bezien.

# Inleiding



## 1.1 eHealth in beeld

Sinds 2013 voeren Nictiz en NIVEL de eHealth-monitor uit. Onder eHealth verstaan we: 'het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren'. De eHealth-monitor brengt op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) jaarlijks de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth in Nederland in kaart (Krijgsman et al., 2013; 2014; 2015a). Deze eHealth-monitor dient ter ondersteuning van het beleid van VWS op het gebied van eHealth.

In dit beleid speelt eHealth een belangrijke rol, omdat het kan helpen om zorg, welzijn en preventie op een andere manier te organiseren (Ministerie van VWS, 2014; 2015). Het biedt mogelijkheden voor patiënten om regie te nemen over hun gezondheid, in hun eigen omgeving, al dan niet met hulp van mantelzorgers, burens, familie, vrienden en vrijwilligers. Met name voor chronisch zieken en kwetsbare ouderen worden veel voordelen van eHealth verwacht. Voor artsen biedt het mogelijkheden om op afstand zorg te verlenen, te communiceren en informatie uit te wisselen. Dit draagt naar verwachting bij aan betaalbare, toegankelijke en goede zorg, die voor patiënten makkelijker is in te passen in het gewone leven dan de traditionele zorg.

## 1.2 Doelstellingen VWS

In de Kamerbrief over eHealth en zorgverbetering van 2 juli 2014 (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) hebben de bewindslieden drie concrete doelstellingen opgenomen over de inzet van eHealth. Deze doelstellingen luiden in 2015 letterlijk:

### Doelstelling 1: Inzage medische gegevens

Binnen vijf jaar heeft 80% van de chronisch zieken direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen, en kan deze desgewenst gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige Nederlanders betreft dit 40%.

### Doelstelling 2: Zelfmetingen en telemonitoring

Van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen kan 75% die dit wil en hiertoe in staat is, binnen vijf jaar zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener.

### Doelstelling 3: Beeldschermzorg en domotica

Binnen vijf jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt, de mogelijkheid om - desgewenst - via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt hierbij ook domotica ingezet.

De doelstellingen richten zich voor een belangrijk deel specifiek op chronisch zieken en voor een ander deel op kwetsbare ouderen en mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen. De wens van de overheid is om deze doelstellingen binnen vijf jaar (dus in 2019) te realiseren. De eHealth-toepassingen zijn bedoeld als een *middel* om een brede beweging naar meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg onder patiënten te ondersteunen. De drie doelstellingen zijn te beschouwen als een hefboom om deze bredere ontwikkeling te stimuleren.

Aan het eind van 2014 hebben Nictiz en NIVEL, op initiatief van het ministerie van VWS, een zogenaamde

nulmeting uitgevoerd om de uitgangssituatie voor deze drie doelstellingen te onderzoeken. Deze is gepubliceerd halverwege 2015 (Krijgsman et al., 2015b).

Het rapport dat voor u ligt, betreft de eerste meting van de doelstellingen van VWS na de nulmeting en brengt de situatie in kaart na een jaar, dus aan het eind van 2015. Het gaat specifiek over de doelstellingen en over de doelgroepen die hierin worden benoemd, namelijk chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met zorg en ondersteuning thuis. Uit de nulmeting is al bekend dat het internetgebruik in deze groepen lager ligt dan bij de gemiddelde Nederlander.

Dit rapport is zelfstandig te lezen en maakt deel uit van de eHealth-monitor, waarvan dit najaar de vierde editie uitkomt. De komende editie gaat over zorggebruikers in het algemeen (Nederlanders van achttien jaar en ouder) en daarnaast over het gebruik van eHealth onder zorgverleners (onder andere artsen en verpleegkundigen).

### 1.3 Leeswijzer

In de hoofdstukken 2, 3 en 4 geven we - net zoals in de nulmeting van 2015 - per doelstelling aan:

- op welke doelgroepen deze betrekking heeft;
- hoe we deze doelstelling hebben gemeten;
- wat de huidige stand van zaken is;
- welke conclusies we kunnen trekken.

We hebben hierbij gebruikgemaakt van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL (n=1448). Voor de methode (dataverzameling, respons, achtergrondkenmerken, representativiteit)

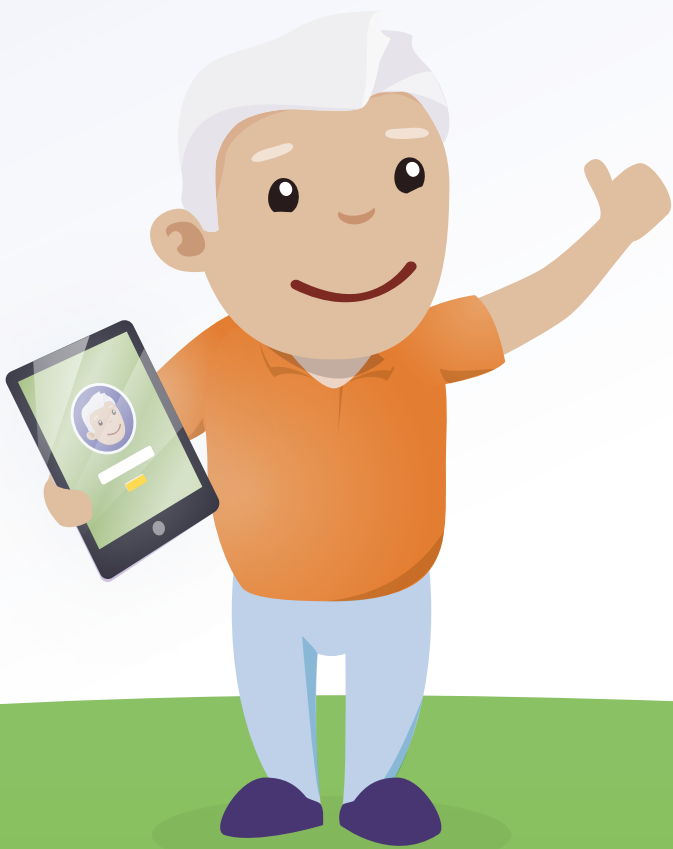
verwijzen we naar bijlage A van het rapport. De drie groepen in de doelstellingen - chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met zorg en ondersteuning thuis - overlappen elkaar voor een deel. Zo zijn kwetsbare ouderen vaak chronisch ziek en ontvangen soms ook zorg en ondersteuning aan huis.







# Online inzage medische gegevens



## Doelstelling 1

Binnen vijf jaar heeft 80% van de chronisch zieken direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen, en kan deze desgewenst gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige Nederlanders betreft dit 40%. Dit heeft tot effect dat mensen bewuster zijn van hun eigen gezondheid en dat fouten in dossiers bij zorgverleners sneller gedetecteerd kunnen worden.

### 2.1 Toegang tot medische gegevens

Doelstelling 1 beoogt de directe (elektronische) toegang van patiënten tot hun medische gegevens te bevorderen. De Kamerbrief over eHealth en zorgverbetering (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) gaat in op de beleidsverwachtingen die een rol spelen bij toegang tot medische gegevens voor patiënten. Volgens de brief kan de patiënt informatie van de zorgverlener gebruiken om beter voor zichzelf te zorgen. Ook kan hij eventuele fouten in dossiers bij zorgverleners helpen te ontdekken. Een betere informatie-uitwisseling tussen de patiënt en zijn verschillende zorgverleners, kan onnodige onderzoeken en diagnostiek voorkomen. Apps kunnen helpen om de informatie op een eenvoudige en aantrekkelijke manier te presenteren, waarvoor het bijvoorbeeld ook voor laaggeletterden inzichtelijk wordt wat de invloed is van hun gedrag op hun gezondheid. De patiënt zelf heeft een belangrijk aandeel in zijn herstel en functioneren. Techniek kan hem helpen om hieraan invulling te geven (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014).

Uit de eHealth-monitor van 2015 is bekend dat zorgverleners en zorggebruikers vooral open staan voor online inzage in voorgeschreven medicatie

(Krijgsman et al., 2015a). Ook hebben we in 2015 zorgverleners gevraagd of zij het wenselijk vinden dat patiënten het patiëntendossier elektronisch kunnen inzien: van de huisartsen vindt 39% dit gewenst, onder medisch specialisten is dit 40% en onder psychiaters 45%. Voorstanders van elektronische inzage vinden dat dit de verantwoordelijkheid en betrokkenheid bij de behandeling van de patiënt vergroot. Een probleem dat door voor- en tegenstanders wordt genoemd is dat inzage tot onnodige zorgen of misverstanden kan leiden, omdat de patiënt - volgens de arts - niet begrijpt wat er in het dossier staat (Krijgsman et al., 2015a).

### 2.2 Chronisch zieken en alle Nederlanders

Doelstelling 1 heeft betrekking op de groep chronisch zieken (zoals mensen met diabetes of COPD) en alle Nederlanders. De informatie over alle Nederlanders komt uit de eHealth-monitor 2015 (n=728); de informatie over de groep chronisch zieken is gebaseerd op een peiling in het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL, die voor deze meting is uitgevoerd. Het deel van het panel dat we voor de groep chronisch zieken gebruiken, is

representatief voor alle chronisch zieken in Nederland van vijftien jaar en ouder die zelfstandig wonen (n=1448) (zie bijlage A).

## 2.3 Wat is de stand van zaken aan het begin van 2016?

### 2.3.1 Inzien van informatie bij de huisarts

In deze doelstellingenmeting hebben we onder chronisch zieken onderzocht in hoeverre zij gebruikmaken van de mogelijkheid om informatie uit hun dossier via internet in te zien bij de huisarts, bij het ziekenhuis of bij de apotheek. Inzage via internet betekent in dit onderzoek: via de website van de huisarts, het ziekenhuis of apotheek, of via een tablet<sup>3</sup> of mobiele telefoon.

Tabel 2-1 geeft inzicht in het gebruik van de mogelijkheid om informatie uit het medisch dossier van de huisarts via het internet in te zien. Een groep van 3-6%

van de chronisch zieken zegt dit te hebben gedaan, voor een overzicht van voorgeschreven medicijnen, uitslagen van onderzoeken en metingen of inzage in doelen en afspraken die met de huisarts zijn gemaakt. Ruim drie op de tien chronisch zieken geeft aan dat zij van deze mogelijkheid gebruik willen maken (33-39%).

We zijn ook nagegaan of het opleidingsniveau van zorggebruikers uitmaakt. Hieruit blijkt dat er geen verschillen zijn tussen mensen met een lagere, middelbare of hoge opleiding in het gebruik van inzage via internet in medische gegevens. Wel geven mensen met een middelbare en hogere opleiding vaker aan dat ze gebruik zouden *willen* maken van de mogelijkheden voor inzage dan mensen met een lagere opleiding.

Behalve het gebruik van de mogelijkheid om informatie bij de huisarts in te zien, hebben we aan de chronisch

*Tabel 2-1  
Percentage chronisch zieken dat aangeeft het afgelopen jaar gebruik te hebben gemaakt van de mogelijkheid die de huisarts bood om informatie uit het medisch dossier via internet in te zien (n=986-991)*

	Eén keer of vaker gebruik van gemaakt (%)	Geen gebruik van gemaakt, maar zou dit wel willen (%)	Geen gebruik van gemaakt en weet niet of ik dit zou willen (%)	Geen gebruik van gemaakt en zou dit ook niet willen (%)
Een overzicht van alle medicijnen die aan mij zijn voorgeschreven (n=991)	6	33	40	20
Uitslagen van onderzoeken, zoals laboratoriumonderzoek en testuitslagen (n=987)	5	38	37	21
Uitslagen van metingen aan mijn lichaam (anders dan laboratoriumonderzoek), bijvoorbeeld informatie over mijn bloeddruk of hartslag (n=986)	5	39	35	21
Een overzicht van de doelen en afspraken die ik samen met mijn huisarts heb gemaakt over mijn zorg (n=987)	3	39	37	21

*NB: De percentages in de tabellen tellen niet altijd op tot 100%. Dit heeft te maken met afrondingen.*

<sup>3</sup> In de vragenlijst is een iPad expliciet als voorbeeld genoemd, omdat dit merk een grote naamsbekendheid heeft en de term tablet niet bij iedereen bekend is.

zieken ook gevraagd of ze op de hoogte zijn van de mogelijkheid om via internet medische gegevens in te zien (tabel 2-2).

Meer dan de helft van de chronisch zieken (54%) geeft aan dat inzage in de eigen medische gegevens tijdens het consult mogelijk is door mee te kijken op de computer van de huisarts. Opvallend is dat zes op de tien chronisch zieken niet goed weten welke andere mogelijkheden er zijn voor inzage (63-65%). Bijna een kwart weet dat de huisarts de medische gegevens kan toesturen via e-mail (22%) en minder dan een op de

tien geeft aan dat hij weet dat hij thuis via internet zijn medische gegevens kan bekijken op een website (6%).

De doelstelling spreekt van *directe* toegang tot gegevens, waarbij ook gebruik in mobiele apps of internetapplicaties mogelijk is. Daarom is expliciet gevraagd welke gegevens chronisch zieken thuis via internet kunnen bekijken, op een computer of op een ander apparaat, bijvoorbeeld een tablet of mobiele telefoon. Daarbij is benadrukt dat het *alleen* ging om inzage thuis via internet.

**Tabel 2-2**  
Percentage chronisch zieken dat aangeeft op de volgende wijze zijn medische gegevens te kunnen bekijken bij de huisarts (n=1328-1336)

Het is mogelijk dat ...	Dit kan bij mijn huisarts (%)	Dit kan <i>niet</i> bij mijn huisarts (%)	Weet ik niet (%)
... de huisarts mijn medische gegevens laat zien op het beeldscherm van zijn computer tijdens het consult (n=1336)	54	10	36
... de huisarts mij mijn medische gegevens toestuurt via e-mail, zodat ik het thuis op de computer kan lezen (n=1328)	15	22	63
... ik zelf met mijn computer of ander apparaat (bijvoorbeeld een tablet of mobiele telefoon), thuis via internet, mijn medische gegevens bekijk op een website van mijn huisarts (n=1334)	6	29	65

**Tabel 2-3**  
Percentage chronisch zieken dat de volgende gegevens thuis via internet kan bekijken op een computer of ander apparaat, bijvoorbeeld een tablet of mobiele telefoon. Het gaat hier alleen om inzage thuis via internet (n=1294-1305)

Mijn huisarts biedt mij thuis <i>via internet</i> inzage in .... %	Ja (%)	Nee (%)	Weet ik niet (%)
... een overzicht van de medicijnen die aan mij zijn voorgeschreven (n=1294)	8	20	72
... uitslagen van onderzoeken, zoals laboratoriumonderzoek en testuitslagen (n=1299)	6	24	70
... uitslagen van metingen aan mijn lichaam (anders dan laboratoriumonderzoek), bijvoorbeeld informatie over mijn bloeddruk of hartslag (n=1294)	5	23	72
Een overzicht van de doelen en afspraken die ik samen met mijn huisarts heb gemaakt over mijn zorg (n=1305)	3	22	75

Uit tabel 2-3 blijkt dat het voor 3-8% van de chronisch zieken mogelijk is om thuis via het internet inzage te hebben in de medische gegevens. Ook zeggen zeven op de tien chronisch zieken niet te weten of hun huisarts de mogelijkheid biedt om via internet inzicht te krijgen in medicijnen, uitslagen van onderzoek of van metingen aan het lichaam, en een overzicht van de doelen en afspraken die ze samen hebben gemaakt (70-75%).

Het gebruik van inzage via internet dat in tabel 2-1 is weergegeven, ligt iets lager dan de bekende toegangs-mogelijkheden vanaf huis via internet die chronisch zieken noemen (tabel 2-3). Het lijkt erop dat niet alle chronisch zieken die weten dat inzage via internet mogelijk is, daar ook daadwerkelijk gebruik van maken.

### 2.3.2 Inzien van informatie bij het ziekenhuis

Voor de beschrijving van de toegang tot het medisch dossier bij het ziekenhuis bespreken we dezelfde aspecten als over de huisarts. Allereerst kijken we of chronisch zieken gebruikmaakten van de mogelijkheid voor online inzage bij het ziekenhuis. Daarna bespreken we op welke manieren chronisch zieken gegevens uit het medisch dossier van het ziekenhuis konden bekijken.

Tabel 2-4 toont in hoeverre chronisch zieken gebruikmaken van de mogelijkheid om informatie uit het medisch dossier online in te zien bij het ziekenhuis.

Mensen met een chronische ziekte maken minder gebruik van de mogelijkheid om hun medische gegevens bij het ziekenhuis via internet in te zien (2%) dan bij de huisarts (3-6%). Ongeveer vier op de tien mensen maakt hier nu geen gebruik van maar zegt dit

*Tabel 2-4  
Percentage chronisch zieken dat aangeeft het afgelopen jaar gebruik te hebben gemaakt van de mogelijkheid die het ziekenhuis bood om informatie uit het medisch dossier via internet in te zien (n=1321-1337)*

	Eén keer of vaker gebruik van gemaakt (%)	Geen gebruik van gemaakt, maar zou dit wel willen (%)	Geen gebruik van gemaakt en weet niet of ik dit zou willen (%)	Geen gebruik van gemaakt en zou dit ook niet willen (%)
Een overzicht van alle medicijnen die aan mij zijn voorgeschreven (n=1321)	2	40	39	19
Uitslagen van onderzoeken, zoals laboratoriumonderzoek en testuitslagen (n=1332)	2	44	35	19
Uitslagen van beeldvormend onderzoek, bijvoorbeeld röntgenfoto's en echo's (n=1338)	2	42	35	21
Uitslagen van overige metingen aan mijn lichaam (anders dan laboratorium- of beeldvormend onderzoek), bijvoorbeeld bloeddruk of hartslag (n=1337)	2	44	34	20

wel te willen (40-44%) en ruim een derde weet niet of ze dit zouden willen (34%-39%).

Ook hier geldt dat mensen met een middelbare en hogere opleiding vaker gebruik willen maken deze mogelijkheid dan mensen met een lagere opleiding.

Chronisch zieken zijn niet goed op de hoogte van de manieren waarop zij hun eigen medische gegevens bij het ziekenhuis kunnen inzien (zie tabel 2-5). Het best bekend is de mogelijkheid om met iemand mee

te kijken op een computer tijdens een bezoek aan het ziekenhuis (43%).

Net zoals voor inzage bij huisartsen, hebben we vervolgens expliciet gevraagd welke gegevens chronische zieken thuis via internet kunnen bekijken. Daarbij hebben we benadrukt dat het *alleen* ging om inzage thuis via internet. De mogelijkheden hiervoor vallen voor ziekenhuizen iets lager uit dan voor huisartsen (zie tabel 2-3).

Tabel 2-5

Percentage chronisch zieken dat aangeeft op de volgende wijze zijn medische gegevens te kunnen bekijken bij het ziekenhuis (n=1276-1287)

Het is mogelijk dat ...	Dit kan bij mijn ziekenhuis (%)	Dit kan <i>niet</i> bij mijn ziekenhuis (%)	Weet ik niet (%)
... iemand in het ziekenhuis mijn medische gegevens laat zien op het beeldscherm van de computer tijdens mijn bezoek (n=1282)	43	11	46
... het ziekenhuis mij mijn medische gegevens toestuurt via e-mail, zodat ik die op de computer kan lezen (n=1276)	11	22	67
... ik zelf met mijn computer of ander apparaat (bijvoorbeeld een tablet of mobiele telefoon), thuis via internet, mijn medische gegevens bekijk op een website van het ziekenhuis (n=1287)	6	27	67

Tabel 2-6

Percentage chronisch zieken dat de volgende gegevens thuis via internet kan bekijken op een computer of ander apparaat, bijvoorbeeld een tablet of mobiele telefoon. Het gaat hier alleen om inzage thuis via internet (n=1252-1300)

Mijn ziekenhuis biedt mij thuis via internet inzage in ....	Ja (%)	Nee (%)	Weet ik niet (%)
... een overzicht van alle medicijnen die aan mij zijn voorgeschreven (n=1252)	4	20	76
... uitslagen van onderzoeken, zoals laboratoriumonderzoek en testuitslagen (n=1276)	4	24	72
... uitslagen van overige metingen aan mijn lichaam (anders dan laboratorium- of beeldvormend onderzoek), bijvoorbeeld bloeddruk of hartslag (n=1270)	3	23	74
... uitslagen van beeldvormend onderzoek, bijvoorbeeld röntgenfoto's en echo's (n=1300)	2	23	75

### 2.3.3 Inzien van informatie bij de apotheek

Voor toegang tot medicatiegegevens zijn niet alleen de huisarts en het ziekenhuis van belang, maar bovenal de apotheek. Daarom zijn we nagegaan of chronisch zieken het afgelopen jaar thuis online inzage hebben gehad in een overzicht van hun verstrekte medicijnen. Tabel 2-7 laat zien dat 4% van hen het afgelopen jaar van deze mogelijkheid gebruik heeft gemaakt.

We hebben ook gekeken naar de mogelijkheid om thuis via internet inzage te hebben in de eigen medische gegevens (tabel 2-8). Chronisch zieken kennen vooral

de mogelijkheid om tijdens het bezoek aan de apotheek hun medicatieoverzicht op de computer te bekijken (28%).

Dat de apotheek na het bezoek van de patiënt een overzicht van zijn medicijnen aan hem kan mailen, is bij een kleinere groep bekend (11%). Van de chronisch zieken weet 6% dat ze thuis via internet een overzicht van hun medicijnen kunnen bekijken, terwijl ruim een kwart aangeeft dat dat niet kan. Opvallend is dat een groot deel van de chronisch zieken (51%-66%) niet weet of online inzage in medicatiegegevens via de apotheek mogelijk is.

*Tabel 2-7  
Percentage chronisch zieken dat aangeeft het afgelopen jaar gebruik te hebben gemaakt van de mogelijkheid die de apotheek bood om informatie uit het medisch dossier via internet in te zien (n=1233)*

	Eén keer of vaker gebruik van gemaakt (%)	Geen gebruik van gemaakt, maar zou dit wel willen (%)	Geen gebruik van gemaakt en weet niet of ik dit zou willen (%)	Geen gebruik van gemaakt en zou dit ook niet willen (%)
Een overzicht van alle medicijnen die aan mij zijn voorgeschreven (n=1233)	4	38	40	18

*Tabel 2-8  
Percentage chronisch zieken dat aangeeft op de volgende wijze hun medicatiegegevens te kunnen bekijken bij de apotheek (n=1295-1308)*

Het is mogelijk dat ...	Dit kan bij mijn apotheek (%)	Dit kan <i>niet</i> bij mijn apotheek (%)	Weet ik niet (%)
... de apotheek mijn overzicht van medicijnen laat zien op het beeldscherm van de computer tijdens mijn bezoek (n=1295)	28	21	51
... de apotheek mij mijn overzicht van medicijnen toestuurt via e-mail, zodat ik dat op de computer kan lezen (n=1301)	11	23	66
... ik zelf met mijn computer of ander apparaat (bijvoorbeeld een tablet of mobiele telefoon), thuis via internet, mijn overzicht van medicijnen bekijk op een website van de apotheek (n=1308)	6	27	66



Net zoals voor inzage bij huisartsen en ziekenhuizen, hebben we vervolgens expliciet gevraagd aan chronisch zieken of ze *zelf thuis via internet*, op een computer of op een ander apparaat, bijvoorbeeld een tablet of mobiele telefoon, een overzicht van hun medicijnen kunnen bekijken (zie tabel 2-9). Bijna drie kwart van de chronisch zieken blijkt dit niet te weten (72%).

### 2.3.4 Inzage bij andere zorgverleners

Hebben mensen met een chronische ziekte het afgelopen jaar thuis via internet inzage gehad in medische gegevens via internet *bij andere zorgverleners* dan de huisartsenpraktijk, ziekenhuis of apotheek? Van de chronisch zieken antwoordde 2% deze vraag bevestigend (n=24). Het gaat dan vooral om online inzage bij de trombosedienst. Ook inzage bij de fysiotherapeut, de tandarts en de zorgverzekeraar<sup>4</sup> zijn enkele keren genoemd.

Ook hebben we gevraagd aan de chronisch zieken of men inzage in de medische gegevens via internet bij één of meer zorgverleners nuttig vond. De antwoorden op deze vraag staan weergegeven in tabel 2-10.

Bij deze vraag konden mensen een reden invullen waarom zij geen inzage hadden gehad in hun medische gegevens. Hierbij vulden 815 mensen iets in. Een overzicht van de redenen is te vinden in tabel 2-11.

De belangrijkste reden dat mensen geen inzage hadden, is dat men geen computer of internet heeft. Ongeveer een kwart van de chronisch zieken die een reden invulden, gaf dit aan (dat is ruim een op de zes chronisch zieken, 18%). Toegang tot internet is een belangrijke voorwaarde voor het online zoeken, bijhouden en inzien van informatie. Kennelijk is er een relatief grote groep waarbij aan die voorwaarde niet is

**Tabel 2-9**  
Percentage chronisch zieken dat de volgende gegevens thuis via internet kan bekijken op een computer of ander apparaat, bijvoorbeeld een tablet of mobiele telefoon. Het gaat hier alleen om inzage thuis via internet (n=1262)

Mijn apotheek biedt mij thuis via internet inzage in ....	Ja (%)	Nee (%)	Weet ik niet (%)
... een overzicht van alle medicijnen die aan mij zijn voorgeschreven (n=1262)	9	19	72

**Tabel 2-10**  
Antwoorden op vraag: "Vond u het nuttig als u het afgelopen jaar bij één of meer zorgverleners via internet inzage heeft gehad in uw medische gegevens?" (n=1136)

Antwoord	%
Ja, ik vond het nuttig	4
Nee, ik vond het niet nuttig	6
Niet van toepassing: ik had geen inzage in mijn medische gegevens via internet	51
Weet ik niet	39

<sup>4</sup> De vraag ging over online dossierinzage bij *zorgverleners*, maar de zorgverzekeraar werd wel door enkele respondenten genoemd bij deze vraag.

voldaan. Op de tweede plaats geven chronisch zieken aan dat ze deze mogelijkheid niet kennen en niet weten of dit mogelijk is. Op de derde plaats voeren ze als reden aan dat deze mogelijkheid nooit is aangeboden door de zorgverlener of hun niet is verteld.

In totaal gaf 10% (n=115) van de chronisch zieken (n=1136) aan het afgelopen jaar via internet inzage te hebben gehad in hun medische gegevens. In 2015 was dit percentage eveneens 10%. Van de 115 chronisch zieken die deze vraag hebben beantwoord, vond 44% inzage 'nuttig' (n=51) tegen 56% (n=64) die dit 'niet nuttig' vond. In de nulmeting was de verhouding tussen 'nuttig' en 'niet nuttig' omgekeerd: 60% vond inzage in medische gegevens 'nuttig' en 40% vond dit

'niet nuttig'. Aangezien het hier gaat om lage aantallen mensen die inzage gehad hebben, kunnen we niet spreken van een wezenlijk verschil met vorig jaar.

### 2.3.5 Redenen dat inzage wel of niet nuttig is

Chronisch zieken konden bij de vraag over inzage bij één of meer zorgverleners een toelichting geven over het nut hiervan. De redenen waarom deze patiënten inzage in hun medische gegevens **nuttig** vinden, zijn globaal te rangschikken naar vier soorten argumenten (n=63):

1. *Inzicht in de eigen gezondheidssituatie.* Voorbeelden hiervan zijn: "Dan kun je zelf het verloop volgen"; "Het is prettig om dingen na te lezen"; "Dan weet ik meer wat er aan de hand is"; "Ik ben

**Tabel 2-11**  
Redenen waarom chronisch zieken geen inzage hebben gehad in medische gegevens via internet (n=815)

Ik had geen inzage in mijn medische gegevens, want...	Aantal keer genoemd
Ik heb (momenteel) geen computer/geen internet	203
Ik ken deze mogelijkheid niet/weet niet of dit mogelijk is	136
Deze mogelijkheid is mij nooit aangeboden/niet verteld door mijn zorgverlener	107
Dit is (volgens mij) niet mogelijk bij mijn zorgverlener/niet beschikbaar	71
Alles wordt (mondeling) besproken door de arts op het consult/heb de voorkeur voor persoonlijk of schriftelijk contact	54
Ik heb er niet naar gevraagd/heb er niet aan gedacht	51
Dit is niet nodig/niet aan de orde/geen noodzaak/geen reden	43
Ik begrijp het toch niet/ik weet niet of ik het kan/ik ben niet handig met computers	36
De privacy is niet gegarandeerd/je moet eerst toestemming geven/ik heb geen inlogcode (meer)/te ingewikkeld om in te loggen/ik heb geen toegang	34
Ik heb er geen behoefte aan/ik zie het nut er niet van in/wil het niet	32
Ik ben niet (vaak) bij een zorgverlener geweest	26
Ik heb er geen belang bij/ben er niet mee bezig	17
Ik ben slechtziend/kan moeilijk van het scherm lezen	5

mijn eigen professional!"; "Ik wil graag weten wat er over me geschreven wordt. Dan kun je het zelf controleren."

2. *Controle over de eigen gezondheid.* Voorbeelden hiervan zijn: "Controle of bepaalde waarden stijgen"; "Goed om te controleren of alles klopt."
3. *Het is gemakkelijk, nuttig en/of belangrijk.* Voorbeelden hiervan zijn: "Dan weet je de uitslagen eerder"; "Dan hoef je alles niet weer opnieuw uit te leggen"; "Omdat het prettig is direct te weten"; "Dat scheelt een bezoek aan de praktijk"; "Dan kunnen ze de zorg beter op elkaar afstemmen"; "Volwaardig en gelijkwaardig"; "Voorkomt onnodig dubbele onderzoeken."
4. *Het is goed voor de betrokkenheid en het vertrouwen.* Voorbeelden hiervan zijn: "Geeft vertrouwen en zelfkennis"; "Dan weet je wat er speelt"; "Ik weet dan waar ik aan toe ben"; "Je komt met kennis bij de zorgverlener"; "Dan kan ik me beter voorbereiden op een consult", of: "Daarmee informeer ik andere zorgverleners."

Ook gaven mensen een toelichting op de vraag waarom ze inzage in hun medische gegevens **niet nuttig** vinden (n=79). Hier zijn globaal vijf soorten argumenten te onderscheiden:

1. *Men heeft er geen behoefte aan.* Bijvoorbeeld: "Ik ben op de hoogte van mijn kwalen"; "Mijn ziektebeeld is stabiel"; "Als ik een vraag heb, dan stel ik die wel aan mijn arts"; "Ik zou het ook niet willen!", of: "Ik hoef dat allemaal niet te weten."
2. *Men vindt het te onpersoonlijk.* Bijvoorbeeld: "Ik hoor het liever persoonlijk"; "Ik bespreek dit liever met de huisarts en de internist"; "Ik vind persoonlijk contact prettiger en duidelijker"; "Face-to-face contact is prettiger."

3. *Men ziet risico's op het gebied van privacy.* Bijvoorbeeld: "Internet vind ik niet veilig genoeg"; "Dat wil ik niet omdat de privacy niet gegarandeerd kan worden."
4. *Men vindt zichzelf onvoldoende deskundig:* "Ik kan dat beter aan anderen overlaten"; "Ik ben niet zo handig met de computer"; "Dat kan tot verkeerde eigen interpretatie leiden", of: "Ik snap het niet en heb geen tijd me hierin te verdiepen."
5. *Men is ontevreden over de snelheid waarmee informatie beschikbaar komt en over de kwaliteit van de informatie:* "De uitslag komt pas maanden later"; "Uitslagen zijn pas te zien na het bezoek aan de arts"; "Er ontbreken nog veel gegevens."

## 2.4 Persoonlijk gezondheidsdossier

Nieuw in deze peiling is dat we aan chronisch zieken hebben gevraagd of ze gebruik maken/maakten van een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD). Als men hier geen gebruik van maakt/maakte, kon men aangeven of men dat wel/niet zou willen. Het persoonlijk gezondheidsdossier is in de vragenlijst omschreven als: "een hulpmiddel om via internet gezondheidsinformatie te verzamelen, te beheren en te delen (denk aan metingen uit uw stappenteller, waarden van bloedsuikermetingen, brieven van artsen, etc.). Bijvoorbeeld uw eigen dossier waarvoor u zelf uitslagen opvraagt en bijhoudt. Een persoonlijk gezondheidsdossier helpt bij het regie voeren over uw eigen gezondheid".

Van de chronisch zieken maakt 2% gebruik van een PGD en nog eens 2% heeft er in het verleden gebruik van gemaakt. De meningen zijn verdeeld over het al dan niet gebruik willen maken van een online PGD: een kwart van de chronisch zieken geeft aan dat ze

dat wel willen, een derde weet het niet en een op de vijf zegt dat niet te willen (tabel 2-12).

Net zoals bij de online inzage van medische gegevens, geven mensen met een middelbare en hogere opleiding vaker aan dat ze gebruik willen maken van een PGD, dan mensen met een lagere opleiding.

## 2.5 Veranderingen ten opzichte van de vorige meting

Om na te kunnen gaan of er sprake is van significante verschillen tussen beide meetjaren hebben we deze verschillen getoetst (zie bijlage voor meer informatie). We presenteren alleen de significante verschillen ( $p < 0.05$ ). Daarbij hebben we gebruikt gemaakt van een model en de gegevens gewogen, om mogelijke verschillen in steekproeven te corrigeren. Daardoor kunnen de cijfers van 2015 enigszins afwijken van de getallen in de vorige doelstellingenrapportage (Krijgsman et al., 2015b). Voor het gebruik van internet voor inzage in informatie in het medisch dossier was er vorig jaar, door de vraagstelling, sprake van een overschatting. Daarom zijn de cijfers over gebruik tussen 2015 en 2016 voor deze informatie niet vergelijkbaar. Voor alle overige onderwerpen zien we in 2016 een vergelijkbaar beeld als bij de nulmeting in 2015.

## 2.6 Toegang tot medische gegevens voor alle Nederlanders

Voor gegevens over alle Nederlanders in deze doelstelling baseren we ons op de eHealth-monitor 2015 (Krijgsman et al., 2015a). De meeste zorggebruikers (66 tot 71%) weten niet of hun zorgverleners (huisarts, medisch specialist, fysiotherapeut of GGZ-hulpverlener) mogelijkheden bieden voor het online inzien van hun medische gegevens. Van de ondervraagde zorggebruikers (inclusief chronisch zieken) zegt 2-4% hierin online inzage te hebben bij zorgverleners.

Uit de informatie van huisartsen en medisch specialisten blijkt dat het aanbod van de mogelijkheden voor online inzage nog beperkt is. Een op de zes huisartsen (17%) geeft aan dat zijn patiënten via het internet inzage kunnen krijgen in de voorgeschreven medicatie en 10% geeft aan dat patiënten via het internet inzage kunnen krijgen in de voor hen gestelde diagnoses. Van de medisch specialisten zijn de cijfers respectievelijk 11% en 15%. Ook is bekend dat de helft van de medisch specialisten inzage in de voorgeschreven medicatie op zich wel wil, maar nog geen plannen heeft om deze mogelijkheid aan te bieden.

Tabel 2-12  
Percentage chronisch zieken dat aangeeft gebruik te maken/hebben gemaakt van een persoonlijk gezondheidsdossier (n=1287)

Gebruik van een persoonlijk gezondheidsdossier	%
Ja, ik heb er in het verleden gebruik van gemaakt	2
Ja, ik maak er nu gebruik van	2
Nee, maar ik zou dat wel willen	25
Nee, en ik weet niet of ik dat zou willen	33
Nee, en ik zou dat niet willen	20
Weet ik niet	18

## 2.7 Bespreking van de doelstelling

Dit hoofdstuk gaat in op de eerste doelstelling uit de Kamerbrief over eHealth en zorgverbetering (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). Deze luidt: *tenminste 80% van de chronisch zieken en 40% van de overige Nederlanders heeft direct toegang tot medische gegevens in 2019*. Deze directe toegang betreft elektronische toegang. Ons onderzoek heeft het volgende opgeleverd. In 2016 geeft 6% van de chronisch zieken aan het afgelopen jaar bij de huisarts online inzage te hebben gehad in hun medische gegevens (namelijk in een overzicht van de medicijnen); dit percentage is lager voor online inzage bij het ziekenhuis en de apotheek. Nog eens 2% van de chronisch zieken geeft aan online inzage gehad te hebben bij andere zorgverleners. Het eerste deel van de doelstelling dat "tenminste 80% van de chronisch zieken direct toegang heeft tot zijn medische gegevens in 2019" is hiermee nog niet bereikt.

Chronisch zieken blijken ook, net zoals in de vorige meting, niet goed op de hoogte te zijn van inzagemogelijkheden via de computer, tablet of mobiele telefoon: 11-15% weet dat inzage mogelijk is bij de huisarts, het ziekenhuis en de apotheek. De groep die niet weet of inzage mogelijk is, bedraagt respectievelijk 36-65% (bij de huisarts), 46-67% (bij het ziekenhuis) en 51-66% (bij de apotheek).

Voor de bespreking van het tweede deel van de doelstelling maken we gebruik van de gegevens van de eHealth-monitor 2015. Uit deze meting bij 'doorsnee' Nederlanders c.q. zorggebruikers blijkt dat 2-4% online inzage zegt te hebben in de eigen medische gegevens. Daarmee is het tweede deel van de doelstelling voor 2019, dat 40% van de overige Nederlanders direct toegang heeft tot medische gegevens, dus ook

nog niet bereikt. De mogelijkheden voor inzage via internet blijken ook nog beperkt: 10-17% van de huisartsen geeft aan dat inzage in medische gegevens mogelijk is. Onder de medisch specialisten ligt dit percentage op 11-15%.

Gelet op de verschillen tussen 2015 en 2016 zien we nauwelijks verandering ten opzichte van de vorige meting. In die zin is er vanuit het perspectief van chronisch zieken geen vooruitgang geboekt als het gaat om het gebruik van online inzage in informatie uit het medisch dossier, of de mogelijkheden om hier gebruik van te maken.

## 2.8 Discussie

In deze eerste tussenmeting is gekeken naar de *perceptie* van chronisch zieken over de mogelijkheid om hun eigen medische gegevens in te zien. Er is dus niet gekeken naar het *daadwerkelijke aanbod* van mogelijkheden voor online inzage bij zorgaanbieders. In de eHealth-monitor van 2015 is wel gekeken naar dit aanbod volgens huisartsen en medisch specialisten.

Mensen blijken zich opnieuw meer bewust van de inzagemogelijkheden *tijdens of aansluitend* op het consult (dus op de locatie van de zorgverlener) dan van inzagemogelijkheden vanaf huis. Deze laatste mogelijkheid, om vanaf huis online gegevens te bekijken op een website van de zorgverlener, is onder chronisch zieken het minst bekend van verschillende inzagemogelijkheden (6% voor huisarts, apotheek en ziekenhuis). Daarmee is deze mogelijkheid nog minder bekend dan de mogelijkheid om medische gegevens via e-mail toegezonden te krijgen (11-15% van de chronisch zieken). Daaruit valt op te maken dat deze vorm van online inzage nog niet erg leeft onder

chronisch zieken, wat te maken kan hebben met het nog beperkte aanbod.

Opvallend is de meest genoemde reden die chronisch zieken aanvoeren om geen online inzage te hebben, namelijk dat men geen computer of internet heeft. Van de chronisch zieken maakt 82% wel eens gebruik van internet<sup>5</sup> (zie bijlage). Onder gemiddelde zorggebruikers is dit 94% (Krijgsman et al., 2015a). Toegang tot het internet is een belangrijke voorwaarde voor het gebruik van eHealth.

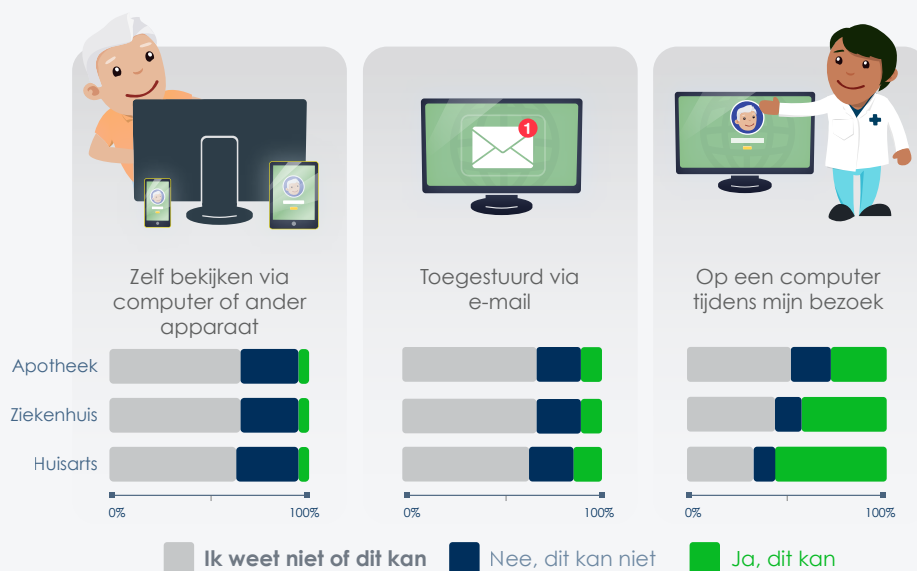
Onder de chronisch zieken is een groep die inzage via het internet wenst (33-44%), maar ook een groep die dat niet wil (18-21%). Daarbij is de groep die inzage wenst van gegevens van het ziekenhuis 40-44% en de

groep die inzage wenst bij de huisarts 33-39%. Van de mensen die online inzage in medische gegevens hebben gehad, vond 44% dit nuttig en 56% vond dit niet nuttig. Het gaat hier overigens om kleine aantallen mensen.

Chronisch zieken die *wel* ervaring hebben met inzage via internet, zijn verdeeld over het nut ervan. Mensen die hier positief over zijn, geven aan

- dat ze hierdoor meer inzicht hebben in hun gezondheidssituatie;
- dat ze meer controle over hun gezondheid hebben;
- dat ze het gemakkelijk vinden;
- dat ze zich hierdoor meer betrokken voelen bij de behandeling;
- dat ze door de zelfkennis meer vertrouwen hebben.

## Chronisch zieken vaak onbekend met mogelijkheden tot inzage medische gegevens:



<sup>5</sup> Onder de andere doelgroepen van de doelstellingen, namelijk kwetsbare ouderen en mensen met zorg thuis, ligt dat percentage nog wat lager, namelijk respectievelijk 64% en 61%.

Tegelijkertijd is er een groep die geen behoefte heeft aan inzage in zijn medische gegevens, die inzage via internet te onpersoonlijk vindt, dan wel te risicovol (vanuit het perspectief van informatiebeveiliging), of zichzelf niet deskundig acht om de gegevens te begrijpen.

Nieuw ten opzichte van de nulmeting is dat een deelgroep aangeeft dat men het nut van online inzage niet inziet, omdat men ontevreden is over de snelheid waarmee de informatie beschikbaar komt en de kwaliteit van de informatie. Wanneer men goed op de hoogte wil zijn, is het dus van belang dat de aangeboden medische informatie actueel en tijdig beschikbaar is.

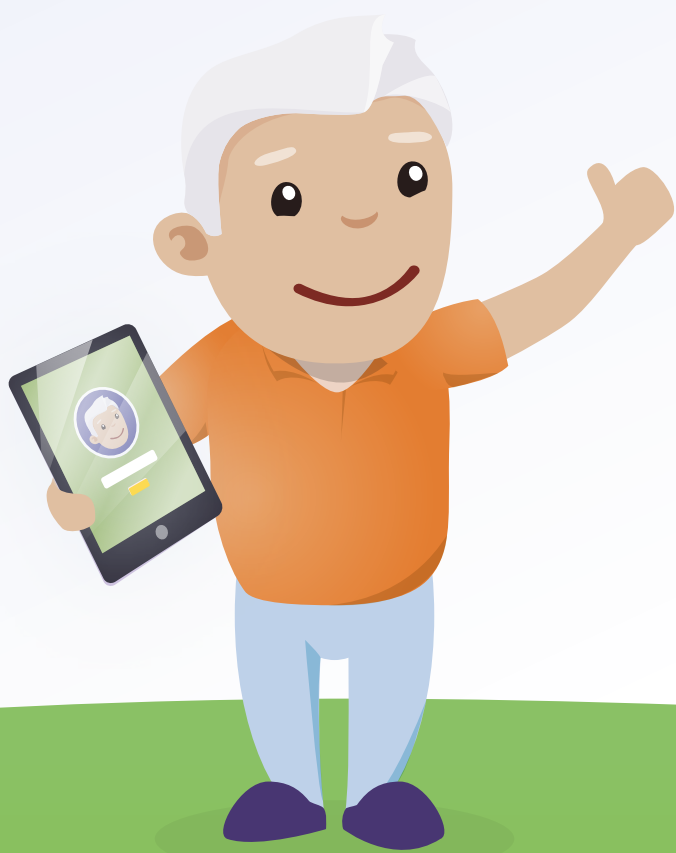
Hoe *zorgverleners* aankijken tegen online inzage van medische gegevens door patiënten is in deze meting niet onderzocht. Hun visie is wel terug te vinden in de eHealth-monitor van 2015 (Krijgsman et al., 2015a). Hieruit blijkt dat de meningen onder artsen over inzage in het medisch dossier verdeeld zijn. Ongeveer twee vijfde is voorstander van inzage. Maar ongeveer de helft van de artsen vreest voor onnodige zorgen onder patiënten, misverstanden, beveiligingslekken, een hogere werklast door het beantwoorden van vragen, en ongewenste invloed op de wijze van dossiervoering (Krijgsman et al., 2015a). Om meer duidelijkheid te krijgen over de mate waarin deze problemen zich daadwerkelijk in de praktijk voordoen, is het van belang dat koplopers onder de zorginstellingen die nu al online inzage mogelijk maken, zoveel mogelijk hun ervaringen delen met het veld.

Nieuw in 2016 is dat we chronisch zieken de vraag hebben gesteld of ze gebruikmaken of hebben gemaakt van een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) en zo niet, of ze dat zouden willen. Van de chronisch zieken maakt 2% gebruik van een PGD en nog eens 2% heeft hier gebruik van gemaakt. Daarnaast geeft een kwart (25%) aan dat ze wel gebruik zouden willen maken van een PGD. Dat pleit ervoor om hier meer bekendheid aan te geven. Ook uit het project 'PGD kader 2020' blijkt dat onbekendheid met PGD's een probleem is (NPCF, 2015). De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) zet verder in op PGD's en stelt onder meer een publiekscampagne voor.

De cijfers over chronisch zieken in deze eerste tussenmeting laten zien dat voor een deel van hen het beschikken over computer of internet nog niet vanzelfsprekend is (18% gebruikt geen internet). Verder zijn ze niet goed bekend met online inzagemogelijkheden. Ook is uit de eHealth-monitor 2015 bekend dat volgens zorgverleners het aanbod van eHealth-mogelijkheden nog niet hoog is. Ten opzichte van de nulmeting zien we geen grote veranderingen. Net zoals we in de nulmeting hebben geconcludeerd, kunnen we ook nu concluderen dat het realiseren van de doelstelling voor inzage via internet dichterbij gebracht kan worden, door te bevorderen dat meer zorgaanbieders veilig en verantwoord online inzagemogelijkheden aanbieden en bijhouden. Vervolgens zouden patiënten zich meer bewust moeten worden van dergelijke mogelijkheden, bijvoorbeeld doordat zorgverleners hen hierop wijzen en hierin begeleiden.



# Zelfmetingen en telemonitoring





## Doelstelling 2

Van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen kan 75% die dit wil en hiertoe in staat is, binnen vijf jaar zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener. Zij kunnen zo de voortgang van hun ziektebeeld volgen en krijgen door de regelmatige feedback inzicht in het effect van hun gedrag op hun ziekte. Dit zal het voor mensen makkelijker en aantrekkelijker maken trouw te zijn aan hun therapie.

### 3.1 Zelfmetingen en gegevensmonitoring op afstand

Doelstelling 2 heeft betrekking op de groep chronisch zieken – zoals patiënten met aandoeningen als diabetes of COPD – en kwetsbare ouderen. Veel chronisch zieken zijn aangewezen op professionele zorg en krijgen vaak met verschillende zorgtrajecten te maken (Heijmans et al., 2010). Een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg binnen de programmatische aanpak van chronische ziekten in Nederland is de ondersteuning van zelfmanagement (Ursum et al., 2011). Uit eerder onderzoek blijkt dat wanneer chronisch zieke patiënten hier moeite mee hebben, zij meer zorg gebruiken, minder tevreden zijn over de zorg en meer klachten hebben (Hendriks et al., 2013).

Onder zelfmanagement valt onder andere het zelfstandig uitvoeren van metingen van gezondheidswaarden. Het verrichten van zelfmetingen kan bijdragen aan het gevoel van controle dat iemand heeft over zijn ziekte en inzicht geven in zijn klachten, omdat het patiënten directe feedback geeft over hun eigen

gedrag (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). De verwachting is dat zelfmetingen daardoor kunnen helpen om therapietrouw te verbeteren.

Uit onderzoek is bekend dat wanneer mensen therapietrouwer zijn, zij minder snel worden opgenomen in het ziekenhuis en dat ziektegerelateerde medische kosten afnemen (Sokol et al., 2005). Therapietrouw hangt onder andere af van de perceptie die iemand heeft van zijn ziekte en van zijn vertrouwen dat hij door therapiegetrouw te zijn de ziekte beter onder controle kan houden (Bourbeau & Bartlett, 2008). Ook is de kwaliteit van de communicatie tussen patiënt en zorgverlener belangrijk om therapietrouw te bevorderen (Bourbeau & Bartlett, 2008). De zorgverlener speelt een grote rol in de bevordering van zelfmanagement. Samen met de patiënt stelt hij behandeldoelen op, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Vervolgens is het belangrijk dat – naast de mondelinge communicatie – ook de digitale communicatie tussen zorgverlener en patiënt goed verloopt, onder andere voor de uitwisseling van metingen (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014).

Dit hoofdstuk gaat in op de mate waarin chronisch zieken en kwetsbare ouderen zelfstandig metingen uitvoeren en welke redenen zij aanvoeren om dit wel of niet te doen. Daarnaast komt aan de orde óf en op welke manier mensen hun meetgegevens delen met hun zorgverleners. Ook de mate waarin gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener plaatsvindt (telemonitoring), komt daarbij aan de orde.

### 3.2 Chronisch zieken en 'kwetsbare' ouderen

Steeds meer mensen kampen met een of meer – soms complexe – chronische ziekten. Het aantal chronisch zieken in Nederland wordt geschat op zo'n 5,3 miljoen. Ongeveer 1,9 miljoen heeft meerdere chronische aandoeningen (Gijsen et al., 2014). Naar verwachting loopt dit aantal verder op. Deze toename kan deels worden verklaard door de vergrijzing en deels door stijgende prevalentie van chronische aandoeningen binnen bepaalde leeftijdsgroepen (Ursum et al., 2011). Ouderen en chronisch zieken vormden in 2012 de grootste groep gebruikers (67%) van Awbz-zorg (CBS, 2016).

Aansluitend op doelstelling 2 hebben we de subgroepen chronisch zieken en kwetsbare ouderen onderzocht.

De subgroep chronisch zieken is geworven uit het Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) met een door een huisarts gestelde diagnose van een chronische somatische ziekte (zie bijlage A).

Het aantal chronisch zieken dat heeft deelgenomen aan dit onderzoek, is met 1452 hoog genoeg om betrouwbare uitspraken te kunnen doen. In deze peiling gaat het om 52% vrouwen; de gemiddelde

leeftijd is 66 jaar; 23% voert een eenpersoonshuishouden, en 82% gebruikt internet (zie bijlage A).

Mensen in de subgroep kwetsbare ouderen zijn 65 jaar en ouder en voldoen aan ten minste twee van de volgende criteria (zie bijlage A voor verdere toelichting):

1. gebruik van vijf of meer medicijnen;
2. ernstige lichamelijke, motorische, visuele, of gehoorbeperkingen;
3. sociale beperkingen;
4. psychische beperkingen.

Een totaal van 315 kwetsbare ouderen heeft deelgenomen aan het onderzoek; dit is 24% van de panelleden van 65 jaar en ouder. Dit aantal is hoog genoeg om betrouwbare uitspraken te kunnen doen. Ter vergelijking: volgens het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) is ongeveer 25% van de zelfstandig wonende 65-plussers in Nederland kwetsbaar (Van Kampen, 2011). Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen zijn vaker vrouw en alleenstaand, en afkomstig uit lage sociaaleconomische klassen. Doorslaggevend voor hun kwetsbaarheid zijn multimorbiditeit (meer dan een aandoening hebben) en de aanwezigheid van ernstige of matige motorische beperkingen (Van Kampen, 2011).

In de huidige peiling onder 'kwetsbaren' is 61% vrouw; de gemiddelde leeftijd is 76 jaar; 42% voert een eenpersoonshuishouden en 64% maakt gebruik van internet.

In deze peiling valt een deel van de groep chronisch zieken ook onder de groep kwetsbare ouderen. Van de chronisch zieken van 65 jaar en ouder in de peiling is 14% aan te merken als 'kwetsbaar'.

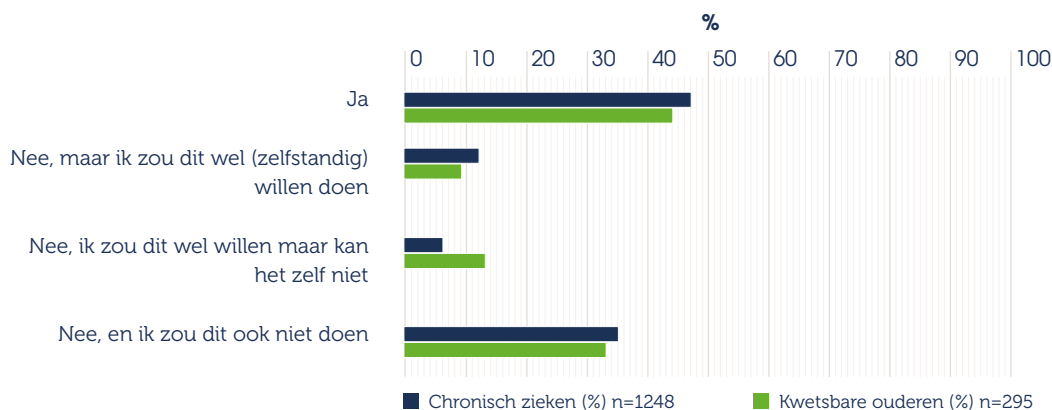
### 3.3 Wat is de stand van zaken aan het begin van 2016?

#### 3.3.1 Zelf meten

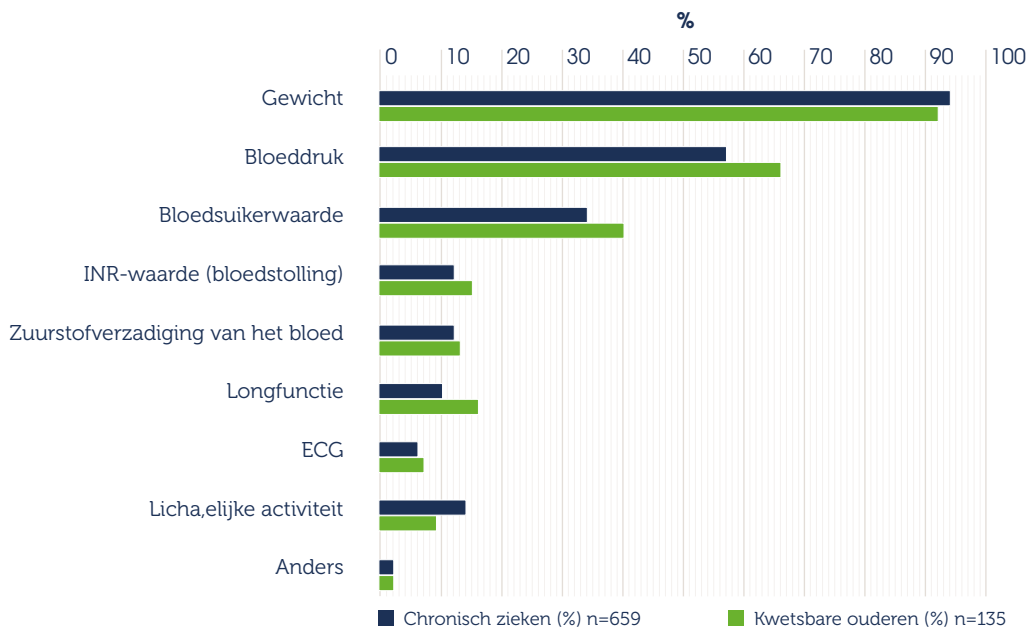
Zoals blijkt uit figuur 3-1, meet bijna de helft van de chronisch zieken (44%) en kwetsbare ouderen (47%) bepaalde gezondheidswaarden zelfstandig (zoals bloeddruk, bloedsuiker of longfunctie). Ruim een

derde van beide groepen heeft het afgelopen jaar geen zelfmetingen gedaan en wil dat ook niet. Een groep van 12% van chronisch zieken en 9% kwetsbare ouderen meet nu niet, maar zou dit wel (zelfstandig) willen doen. Kwetsbare ouderen geven vaker dan chronisch zieken aan wel zelf te willen meten, maar dit zelf niet te kunnen.

*Figuur 3-1*  
*Percentages van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die in het afgelopen jaar zelf metingen hebben gedaan van bepaalde gezondheidswaarden, bijvoorbeeld bloeddruk, bloedsuiker of longfunctie.*



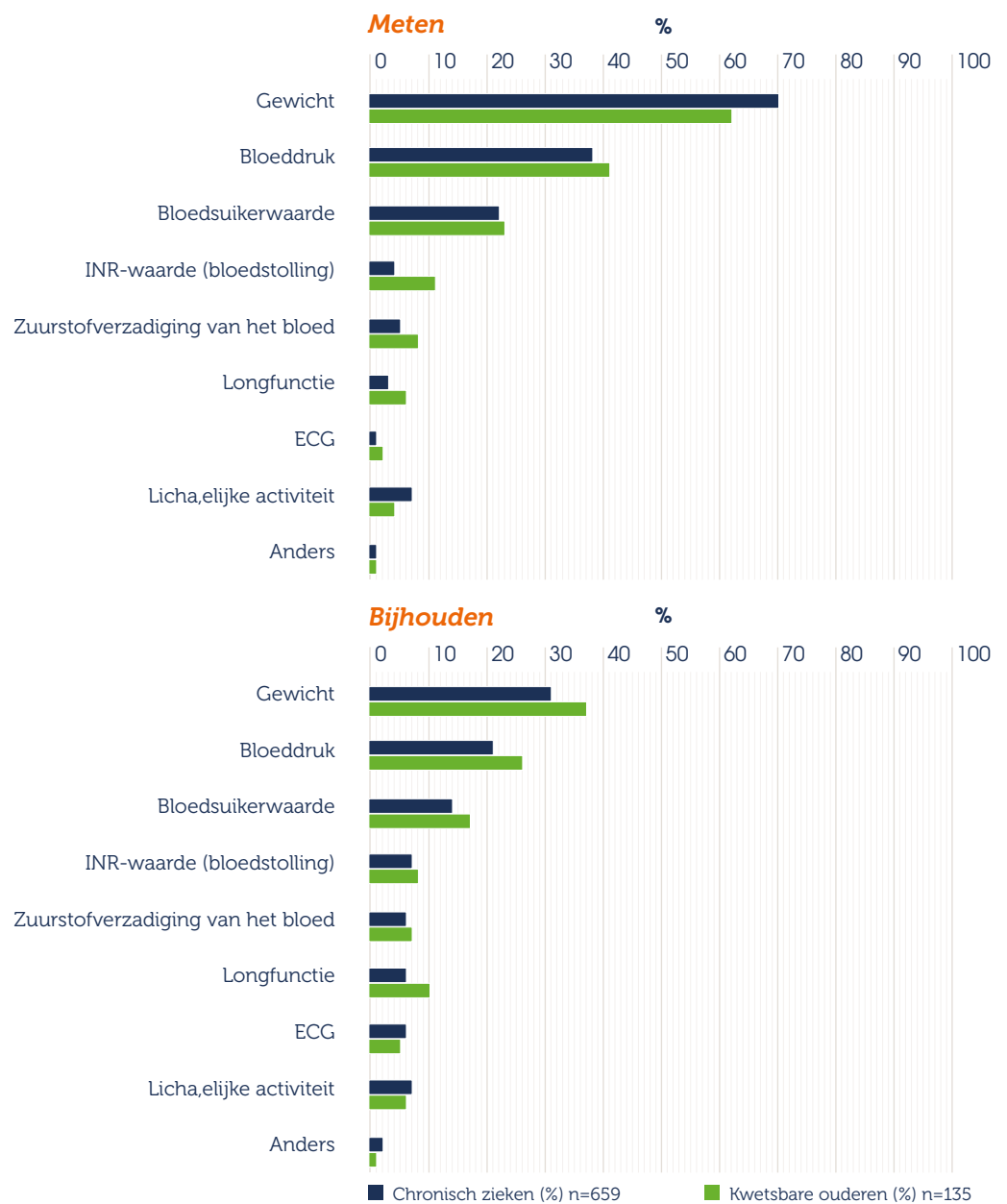
*Figuur 3-2*  
*Percentage van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die zelf regelmatig de aangegeven gezondheidswaarden meet en/of bijhoudt, berekend ten opzichte van de subgroep die heeft aangegeven zelf metingen uit te voeren.*



In deze peiling is tevens gekeken naar verschillen op basis van geslacht, leeftijd en opleiding. We hebben gevonden dat de 75-plussers onder de kwetsbare ouderen significant minder vaak aangeven zelf te

meten dan de (jongere) groep van 65-75 jaar (38% versus 53%). Ook zeggen 75-plussers vaker dat zij dit niet willen dan 65-75 jarigen (40% versus 26%).

*Figuur 3-3  
Percentage chronisch zieken en kwetsbare ouderen, als percentage van de groep die heeft aangegeven zelfstandig metingen uit te voeren. Onderscheid naar meten en bijhouden.*



Ook onder de chronisch zieken geeft de groep van 15-65 jaar vaker aan zelf te meten dan 75-plussers (51% versus 38%). Tot slot vinden we dat hoger opgeleide chronisch zieken vaker zeggen zelf te meten dan lager opgeleide mensen (59% versus 41%).

### 3.3.2 Soort meting

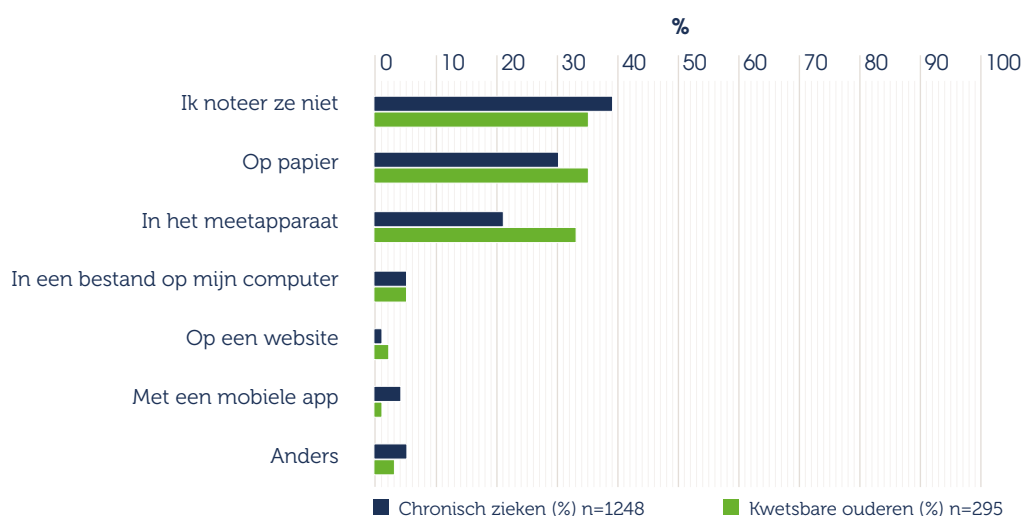
Gezondheidswaarden die worden gemeten en/of bijgehouden, zijn vooral gewicht (92-94%), bloeddruk (57-66%) en bloedsuiker (34-40%; zie figuur 3-2). Minder vaak wordt gemeten: lichamelijke activiteit, International Normalized Ratio (INR-waarde) bij bloedstolling, en zuurstofverzadiging van het bloed. Bij 'overige metingen' wordt hartslag het meest genoemd. De meest gemeten waarden zijn net als vorig jaar gewicht, bloeddruk en bloedsuiker. Wanneer we onderscheid maken tussen *meten* en *bijhouden* (vastleggen van de gemeten waarden), is het opvallend dat mensen de gemeten waarden lang niet altijd bijhouden. Ook komt het voor dat men niet zelf meet, maar wel de waarden bijhoudt (zie figuur 3-3 en figuur 3-4).

De verschillende gezondheidswaarden in dit onderzoek worden door meerdere typen patiënten gemeten. Meetwaarden kunnen namelijk bij meerdere ziektes van belang zijn. Zo is gewicht een belangrijke indicator voor het vasthouden van vocht bij hartfalen (Thuisarts.nl, 2015) en zorgt reductie van overgewicht bij diabetici voor een daling van het bloedsuikergehalte (Artsennet, 2006). De bloeddruk komt voor in zowel de kernset voor cardiovasculair risicomangement (Platform Vitale Vaten et al., 2013), als in de kernset voor COPD (Longalliantie en NHG, 2013), wat betekent dat het volgen van de waarde van de bloeddruk voor beide aandoeningen relevant is.

### 3.3.3 Wijze van bijhouden

Degenen die gezondheidswaarden meten, noteren dit meestal op papier (30-35%) of legt dit vast in het geheugen van het apparaat (21-31%; zie figuur 3-3). Een kleiner deel (1-5%) houdt de waarden elektronisch bij (in een bestand op de computer, op een website of met een mobiele app). Een andere genoemde manier is notitie in de agenda. Een deel zegt de waarden te

**Figuur 3-4**  
Percentage van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die de gemeten gezondheidswaarden op de aangegeven manier bijhouden, ten opzichte van de subgroep die heeft aangegeven zelf metingen uit te voeren.



onthouden. Opvallend is dat een groot deel van de mensen de waarden *niet* noteert (35-39%).

### 3.3.4 Redenen om te meten

Aan de deelnemers in het onderzoek is de volgende (open) vraag voorgelegd: “Welke redenen om zelf gezondheidswaarden te meten zijn voor u belangrijk?” De redenen die zij aanvoerden, komen grotendeels overeen met de redenen die genoemd zijn in 2015.

Tabel 3-1 toont de belangrijkste redenen om zelfmetingen te verrichten. Kwetsbare ouderen en chronisch zieken die aangeven zelf te meten, meten voornamelijk omdat ze willen controleren of hun meetwaarden binnen bepaalde grenzen blijven. Ook hebben ze door zelfmetingen het gevoel meer controle over hun eigen gezondheid te hebben. Een andere belangrijke reden is dat ze het nodig vinden vanwege hun gezondheidstoestand.

*Tabel 3-1  
Redenen die chronisch  
zieken en kwetsbare ouderen  
noemen om zelf gezond-  
heidswaarden te meten, ten  
opzichte van de subgroep die  
heeft aangegeven zelf  
metingen uit te voeren.*

Redenen om te meten	chronisch zieken n=633	kwetsbare ouderen n=116
	Aantal keer genoemd	Aantal keer genoemd
Ik doe dit omdat ik wil controleren of mijn meetwaarden binnen bepaalde grenzen blijven	65	17
Ik heb hierdoor het gevoel dat ik meer controle heb over mijn gezondheidstoestand	46	6
Ik wil mijn gezondheid in de gaten houden/inzicht in gezondheid/ziekte	36	5
Ik vind dit zelf nodig vanwege mijn gezondheidstoestand	34	3
Als er iets is, kunnen we er iets aan doen	29	3
Ik wil gezond blijven	25	2
Ik kan zo eerder mijn medicatie aanpassen	17	6
Ik kan zo eerder mijn gedrag aanpassen	13	1
Ik ben minder afhankelijk van zorgverlener	12	-
Ik doe dit omdat ik wil controleren of ik een doel heb gehaald	9	-
Mijn zorgverlener kan daardoor beter mijn gezondheidstoestand in de gaten houden	8	2
Overig	7	-
Inzicht in verloop	4	-
Een zorgverlener heeft mij dit aangeraden vanwege mijn gezondheidstoestand	3	-
Ik voel mij hierdoor geruster over mijn gezondheid	2	1
Ik krijg zo meer inzicht in de invloed van mijn gedrag op mijn gezondheidstoestand	1	-

Daarnaast noemden deelnemers in deze peiling dat zij zelf hun gezondheid of aandoening in het algemeen in de gaten willen houden en dat ze door te meten sneller actie kunnen ondernemen met een zorgverlener wanneer de waarden niet goed blijken te zijn. Het is mogelijk dat deelnemers deze redenen invulden omdat ze zich geruster voelen wanneer ze weten dat ze dan daadwerkelijk actie kunnen ondernemen.

Minder vaak vinden mensen dat zelfmeten hun meer inzicht in de invloed van hun gedrag op hun gezondheid geeft. Dit laatste is interessant omdat in de doelstelling staat dat zelfmetingen mensen kunnen helpen om inzicht te krijgen in hun ziekte en dit de therapietrouw kan bevorderen. Het is daarom belangrijk dat zorgverleners hun patiënten kunnen begeleiden in zelfmetingen, zodat die weten hoe het moet, wat de waardes betekenen en welke inzichten zij zelf uit de gegevens kunnen afleiden.

### 3.3.5 Delen van gegevens met de zorgverlener

Ruim de helft van de chronisch zieken en ongeveer

een derde van de kwetsbare ouderen die zelf meten, meten alleen voor zichzelf en delen de metingen niet met de zorgverlener (zie tabel 3-2).

Bij chronisch zieken zien we dat hoger (60%) en middelbaar opgeleide mensen (61%) significant vaker alleen voor zichzelf meten dan lager opgeleide mensen (46%).

Een derde van de chronisch zieken en twee vijfde van de kwetsbare ouderen nemen de waarden op papier mee naar de zorgverlener bij een afspraak. Het elektronisch opsturen van de gegevens aan de zorgverlener gebeurt aanmerkelijk minder vaak (4-14%).

In slechts enkele gevallen kan de zorgverlener meekijken naar de gemeten gezondheidswaarden op een website of in een mobiele app.

Ongeveer een zesde (17%) van de kwetsbare ouderen en 6% van de chronisch zieken zeggen dat de zorgverlener de gezondheidswaarden op afstand in de

*Tabel 3-2  
Percentage van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die de zelf gemeten gezondheidswaarden op de aangegeven manier delen met de zorgverlener, berekend ten opzichte van de subgroep die heeft aangegeven zelf metingen uit te voeren.*

	Chronisch zieken (%) n=603	Kwetsbare ouderen (%) n=110
Ik meet mijn gezondheidswaarden alleen voor mijzelf en deel ze niet met mijn zorgverlener	55	36
ik neem mijn zelf gemeten gezondheidswaarden op papier mee naar mijn zorgverlener als ik een afspraak heb	32	41
Ik stuur mijn zelf gemeten gezondheidswaarden elektronisch op aan mijn zorgverlener	4	14
Mijn zorgverlener kan meekijken met mijn gezondheidswaarden op een website of in een mobiele app	1	2
Mijn zorgverlener bekijkt mijn zelf gemeten gezondheidswaarden voor of tijdens een consult en bespreekt ze met mij	17	25
Mijn zorgverlener houdt mijn zelf gemeten gezondheidswaarden op afstand in de gaten en neemt contact op als er iets mis is	6	17

gaten houdt en contact opneemt als er iets mis is (telemonitoring).

Tabel 3-3 gaat in op het belang van het elektronisch kunnen delen van meetgegevens en op het belang van het gebruik van de meetwaarden in de behandeling door de zorgverlener.

Van de kwetsbare ouderen en chronisch zieken die zelf meten, vindt 18% het belangrijk om de gezondheidswaarden met de zorgverlener te kunnen delen via internet.

Er blijken op dit punt verschillen te bestaan die samenhangen met leeftijd, opleiding en geslacht.

Onder chronisch zieken willen middelbaar (22%) en hoger opgeleide mensen (26%) vaker hun gegevens elektronisch delen dan lager opgeleiden (13%). Ook willen chronisch zieke mensen tot 64 jaar vaker hun gegevens elektronisch delen (21%) dan oudere chronisch zieken in de leeftijd van 64-75 jaar (18%) en 75-plussers (11%).

Onder kwetsbare ouderen willen 64-75-jarigen (26%) vaker elektronisch delen dan 75-plussers (13%) en mannen (30%) vaker dan vrouwen (13%).

De deelnemers vinden het belangrijker dat de zorgverlener de gemeten waarden gebruikt in zijn behandeling of advies, dan dat zij de gegevens elektronisch met hem kunnen delen. De helft van de chronisch zieken en drie vijfde (60%) van de kwetsbare ouderen vinden het belangrijk dat de zorgverlener de gemeten waarden gebruikt. In de praktijk blijkt dat bij 17-25% van de mensen die meten, de zorgverlener de zelf-gemeten gezondheidswaarden voor of tijdens een consult bekijkt en deze met hen bespreekt.

Opvallend is dat laag opgeleide chronisch zieken vaker aangeven (27%) dat de zorgverlener de gemeten gezondheidswaarden bespreekt dan middelbaar (13%) of hoogopgeleide mensen (11%).

### 3.3.6 Redenen om niet te meten

Tabel 3-4 geeft inzicht in de redenen voor mensen om niet te meten. De belangrijkste redenen komen

**Tabel 3-3**  
Percentage deelnemers dat de volgende stellingen belangrijk vindt, van de mensen die hebben aangegeven zelf metingen uit te voeren.

		Onbelangrijk (%)	Niet onbelangrijk, niet belangrijk (%)	Belangrijk (%)
Hoe belangrijk is het voor u dat de zorgverlener de door uzelf gemeten gezondheidswaarden gebruikt in zijn behandeling en advies aan u?	Chronisch zieken (n=605)	18	31	51
	Kwetsbare ouderen (n=117)	15	25	60
Hoe belangrijk is het voor u dat u de door uzelf gemeten gezondheidswaarden via internet kunt delen met uw zorgverlener?	Chronisch zieken (n=491)	44	38	18
	Kwetsbare ouderen (n=104)	55	27	18



veelal overeen met de redenen uit 2015. Voor de groep mensen die niet zelf meet, is de belangrijkste reden om niet te meten dat men vindt dat het niet hun taak is (onder andere omdat een zorgverlener dit al doet). Daarnaast geeft een deel aan hier geen materiaal voor te hebben of geld om dit aan te schaffen (het materiaal wordt niet vergoed). Chronisch zieken vinden het vaker 'niet nodig' om te meten dan kwetsbare ouderen. De laatste groep vindt het juist relatief vaker moeilijk om zonder hulp te meten dan chronisch zieken. De reden 'Geen tijd' speelt nage- noeg geen rol.

Het moeilijk vinden om zonder hulp te meten, wordt vaker genoemd onder kwetsbare ouderen die wel willen meten maar niet kunnen. Zij geven ook vaker aan nooit stilgestaan te hebben bij de mogelijkheid

om zelf te meten en er geen apparaat voor te hebben, dan wel onvoldoende financiële middelen om dit aan te schaffen.

### 3.3.7 Verschillen tussen chronisch zieken en kwetsbare ouderen

Er zijn weinig verschillen tussen de chronisch zieken en de kwetsbare ouderen in de meting. De verschillen die zicht voordoen, kwamen ook in de nulmeting al naar voren. Die belangrijkste zijn:

- Meer kwetsbare ouderen dan chronisch zieken zouden willen meten, maar geven aan dit niet zelf te kunnen (13% versus 6%). Kwetsbare ouderen zien vaker af van meten, omdat ze het te moeilijk vinden om zonder hulp te doen. Chronisch zieken vinden het daarentegen vaker niet nodig om te meten.

*Tabel 3-4  
Aantal chronisch zieken en kwetsbare ouderen die de volgende redenen aanvoeren om niet zelf gezondheids- waarden te meten, ten opzichte van de subgroep die heeft aangegeven niet zelf metingen uit te voeren.*

Redenen om te meten	chronisch zieken n=691	kwetsbare ouderen n=163
	Aantal keer genoemd	Aantal keer genoemd
Niet mijn taak	134	30
Niet nodig	98	10
Geen materiaal/geld voor	81	15
Moeilijk zonder hulp	64	29
Geen behoefte aan	38	9
Nooit bij stilgestaan	34	9
Voel me niet deskundig genoeg/geen kennis van	33	12
Ik maak me er dan druk om/zorgen over	14	3
Niet mogelijk voor mijn aandoening	14	0
Heeft geen nut	8	2
Overig	6	1
Geen tijd	3	2

- Chronisch zieken meten vaker alleen voor zichzelf (en delen gegevens niet met de zorgverlener), dan kwetsbare ouderen (55% versus 36% van de mensen die meten). Bij een groter deel van de 'zelfmetende' kwetsbare ouderen dan van de chronisch zieken bespreekt de zorgverlener de meetwaarden tijdens het consult (25% versus 17% van de mensen die meten).
- Bij kwetsbare ouderen houdt de zorgverlener de zelfgemeten gezondheidswaarden iets vaker op afstand in de gaten (telemonitoring) dan bij chronisch zieken. Overigens komt het bij beide groepen relatief weinig voor (17% versus 6%).

### 3.4 Bespreking van de doelstelling

Doelstelling 2 uit de Kamerbrief over eHealth en zorgverbetering (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) is tweeledig. Het eerste deel luidt: *Van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen kan 75% die dit wil en hiertoe in staat is, binnen vijf jaar zelfstandig metingen uitvoeren.*

Voor de evaluatie van de doelstelling wordt de groep mensen die niet *wil* meten, buiten beschouwing gelaten. We stellen dus de subgroep van mensen die *meet of wil meten* op 100% en berekenen de groep die hiertoe in staat is, als percentage van deze groep. Dit betekent dat 91% van de chronisch zieken en 80% van de kwetsbare ouderen die dit willen, dit óf al doen, óf dit zouden willen en kunnen. Daarmee is het eerste deel van de doelstelling gehaald, aangezien meer dan 75% van *wie dat wil en daartoe in staat is*, zelfstandig metingen kan uitvoeren.

De resterende 9% van de chronisch zieken en 20% van de kwetsbare ouderen die *willen* meten, geven aan

dat zij wel *willen* meten, maar dit *niet* zelf kunnen. De belangrijkste redenen onder de groep die wel wil meten maar het niet zelfstandig kan, zijn:

- dat men het moeilijk vindt zonder hulp;
- dat men niet de benodigde apparatuur heeft en/of geen financiële middelen om deze aan te schaffen;
- dat men niet heeft stilgestaan bij de mogelijkheid;
- dat men het niet zijn taak vindt.

Het tweede deel van doelstelling 2 luidt: [...] *veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener.* Hierbij is 'veelal' niet nader gespecificeerd. Uit ons onderzoek blijkt dat bij 6% van de chronisch zieken die zelf meten en bij 17% van kwetsbare ouderen die zelf meten, de zorgverlener de gezondheidswaarden op afstand in de gaten houdt en contact opneemt als er iets mis is.

### 3.5 Verschillen tussen 2015 en 2016

Voor zowel chronisch zieken als kwetsbare ouderen is het deel dat zegt zelf te meten, gestegen. De redenen waarom mensen wel of niet meten, komen vrijwel overeen met die uit de vorige peiling ondanks dat de vragen op een andere manier gesteld waren.

Hoewel de vraag over welke waarden zijn gemeten op een andere manier is gesteld dan in de vorige peiling, is dezelfde tendens zichtbaar met betrekking tot welke gezondheidswaarden het meest worden gemeten: gewicht en bloeddruk. Wel is het meten en/of bijhouden van gewicht gestegen, terwijl het voor de groep chronisch zieken is gedaald voor de bloedsuikerwaarde. De groep die de waarden niet noteert, is iets kleiner geworden (8% voor de chronisch zieken en 6% voor kwetsbare ouderen).

Het deel van de patiënten dat de zelfgemeten waarden elektronisch opstuurt naar de zorgverlener, is licht maar significant gedaald (met 4% voor chronisch zieken). Daarnaast is bij chronisch zieken een significante daling te zien van 7% voor het deel waarbij de zorgverlener de zelfgemeten waarden voor of tijdens het consult bekijkt en ze met de patiënt bespreekt. Voor dit verschil hebben wij in de onderzoeksgegevens geen verklaring kunnen vinden.

Andere verschillen tussen de peilingen waren niet significant of konden niet worden vastgesteld op basis van de beschikbare gegevens.

### 3.6 Discussie

Doelstelling 2 beoogt dat 75% van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen die dit wil en hiertoe in staat is, binnen vijf jaar zelfstandig metingen kan uitvoeren. In de praktijk blijkt dat er binnen deze groep slechts een klein deel is dat dit te moeilijk vindt, of dit om andere redenen niet kan (9-20%). Dat betekent niet dat iedereen die hiertoe in staat is, daadwerkelijk zelf metingen verricht. Van alle chronisch zieken doet 47% zelfmetingen; van de kwetsbare ouderen bedraagt dit aantal 44%.

#### 3.6.1 Zelfmetingen

De formulering van de doelstelling onderkent dat mensen hierin hun eigen afwegingen maken. Dat mensen dit ook doen, blijkt uit de uiteenlopende redenen die ze aanvoeren om wel of niet te meten. Terwijl een deel van de chronisch zieken wil weten of hun waarden binnen de grenzen blijven en hun gevoel van controle willen behouden of vergroten met het zelf uitvoeren van metingen, ziet niet iedereen aanleiding om zelf te meten. Een deel van de

mensen heeft nog nooit bij die mogelijkheid stilgestaan.

Dit biedt aanknopingspunten voor zorgverleners, die patiënten op de mogelijkheden voor zelfmeting kunnen wijzen en daarbij een uitleg voor de interpretatie van de metingen kunnen geven. Zorgverleners kunnen patiënten die aangeven niet te meten "omdat het toch al bij de zorgverlener is gedaan", laten zien wat de meerwaarde is van zelfmeten. Deze mensen moeten daarbij wel over de benodigde meetapparatuur kunnen beschikken, wat in de huidige situatie voor een deel van hen niet het geval is.

Verder blijkt uit deze peiling (zie figuur 3-3) dat niet iedereen die meet, deze meetgegevens ook bijhoudt. Van de mensen die zelf meten, noteert 35-39% de meetgegevens niet. Hiervoor is een aantal mogelijke verklaringen.

- Ten eerste is het opvallend dat de meeste mensen die meten, aangeven dat ze vooral meten om te controleren of meetwaarden binnen bepaalde grenzen blijven. Meten om inzicht te krijgen in de invloed van het eigen gedrag op de gezondheid, speelt amper een rol. Dit zou kunnen verklaren waarom ze het minder nodig vinden om de meetgegevens ook zelf bij te houden.
- Ten tweede geven mensen die niet meten aan, dat zorgverleners al metingen uitvoeren en dat ze verwachten dat deze wel ingrijpen wanneer dat nodig is. Mogelijk verwachten mensen die wel zelf meten, dit ook. Deze mogelijkheid is echter niet onderzocht.
- Ten derde blijkt uit onderzoek van het NIVEL dat 48% van de Nederlanders moeite heeft om zelf de regie te voeren over hun gezondheid en daar

eigenlijk ondersteuning bij nodig heeft. Vooral mensen met lage gezondheidsvaardigheden hebben slechtere gezondheidsuitkomsten, minder goede ervaringen met de zorg en maken meer kosten (Heijmans et al., 2016). Deze uitkomst toont gelijkenissen met de huidige peiling, waarin werd gevonden dat deelnemers vaak niet weten hoe ze moeten meten en zich daarvoor niet deskundig genoeg voelen. Mogelijk vertrouwen zij daarom liever op de zorgverleners en zien zij geen aanleiding om meetwaarden zelf bij te houden.

Voor de groep die de gegevens niet bijhoudt, heeft dit als consequentie dat zij geen inzicht in het historisch verloop van meetwaarden krijgen. Hierdoor is het voor hen lastiger om hierin patronen te ontdekken en kunnen zij niet, of in mindere mate, het effect van leefstijl of therapietrouw op de meetgegevens volgen. Opvallend is echter dat mensen die wel meten, betrekkelijk weinig aangeven dat zelfmeten hun meer inzicht in de invloed van hun gedrag op hun gezondheid geeft. Het kan voor deze groep dus van belang zijn te laten zien welke inzichten zij kunnen krijgen door zelf te meten en dit bij te houden, en wat de meerwaarde daarvan voor hen kan zijn.

Een andere belangrijke bevinding is dat niet in alle gevallen (17-25%) waarin de patiënt het belangrijk vindt dat de zorgverlener de waarden kent of deze gebruikt in zijn behandeling, de zorgverlener deze waarden ook daadwerkelijk met de patiënt bespreekt. Het is mogelijk dat dit de motivatie bij de patiënt om te blijven meten beïnvloedt. Dit kan op basis van dit onderzoek echter niet worden vastgesteld.

Om de therapietrouw te bevorderen, is het belangrijk dat zorgverleners vaststellen hoeveel hun patiënten begrijpen van hun ziekte en de gekozen behandeling (Krueger et al., 2005). Daarvoor is begrip van de zelfgemeten gezondheidswaarden belangrijk. Deelnemers aan deze peiling geven regelmatig aan dat ze het moeilijk vinden de meetgegevens te interpreteren. Het is daarom van belang dat, wanneer mensen wel gegevens bijhouden, zorgverleners daar oog voor hebben en stilstaan bij de gezondheidsvaardigheden van patiënten in het meten en begrijpen van de waarden, zodat zij daadwerkelijk inzicht krijgen in het verloop van hun ziekte door het bijhouden. Dit kan hen ervan overtuigen dat het de moeite waard is vast te houden aan de gekozen therapie, omdat dat bijdraagt aan het onder controle houden van hun ziekte. Deze overtuiging en de kwaliteit van de communicatie tussen patiënt en zorgverlener zijn vervolgens belangrijke factoren in het verbeteren van therapietrouw (Bourbeau & Bartlett, 2008).

### **3.6.2 Telemonitoring**

Gegevensmonitoring op afstand (telemonitoring) komt in deze meting voor bij 6% van de chronisch zieken die zelf meten, en bij 17% van de kwetsbare ouderen die zelf meten. In de literatuur bestaan duidelijke aanwijzingen voor positieve effecten van telemonitoring. Dit middel wordt ingezet bij meerdere chronische ziekten, waaronder hartfalen, diabetes en COPD. Er zijn sterke aanwijzingen (McLean et al., 2011; Inglis et al., 2014) dat inzet van telemonitoring bij COPD en hartfalen positieve effecten heeft op de kwaliteit van leven van patiënten. Ook leidt het tot reductie van het aantal ziekenhuisbezoeken. Inzet van telemonitoring bij diabetes leidt tot verbeterde controle van de bloedsuikerwaardes (Marcolino et al.,

2013). Het is echter op grond van deze meting niet vast te stellen of het intensiveren van het gebruik van telemonitoring wenselijk is. Effectiviteit is namelijk van meerdere factoren afhankelijk. Telemonitoring heeft tot doel tekenen van achteruitgang in de gezondheid van de patiënt tijdig te signaleren, de behandeling te monitoren, en de medicatie tijdig bij te stellen (De Vries et al., 2013). Telemonitoring wordt echter ook ingezet zonder transparante, vooraf gedefinieerde criteria en daardoor komen verwachtingen van telemonitoring niet altijd uit (De Vries et al., 2013).

Het is lastig om in algemene zin een streefwaarde te definiëren voor het gewenste niveau van telemonitoring. Dit behoort eerder tot het domein van aandoeningspecifieke zorgstandaarden.

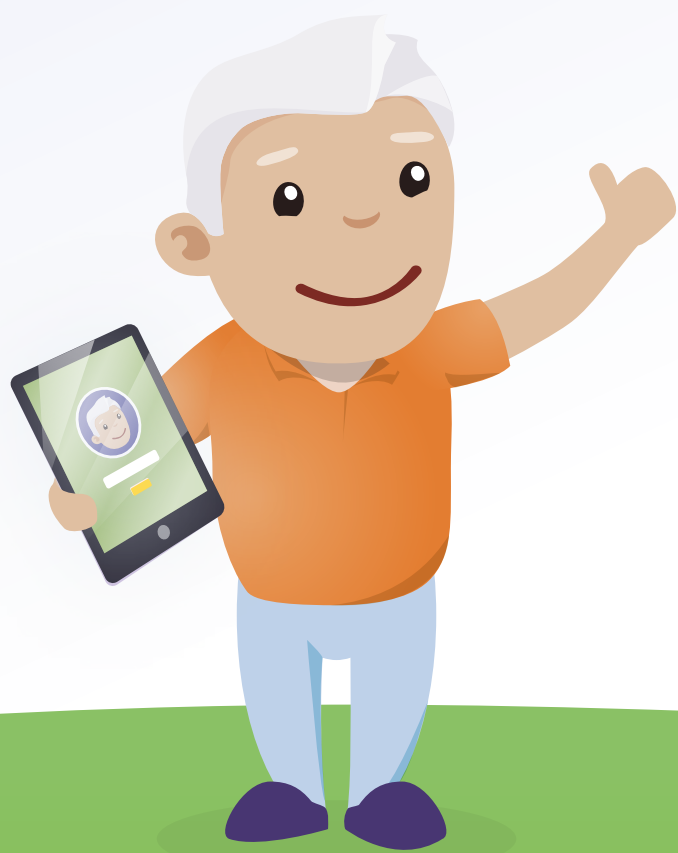
Deze peiling maakt duidelijk dat in de meeste gevallen gegevens nog niet elektronisch worden overgedragen van patiënt naar zorgverlener. Wanneer deze overdracht intensiever wordt, kan dit ondersteunde zelfzorg faciliteren. Ook is het een voorwaarde voor telemonitoring op basis van actuele meetwaarden. Deze peiling toont echter ook aan dat slechts een vijfde van de mensen die meten, het momenteel belangrijk vindt dat de gegevens ook elektronisch kunnen worden gedeeld met een zorgverlener. Daarbij kan een rol spelen dat patiënten gewend zijn aan een situatie waarin elektronisch delen van gegevens met de zorgverlener nog niet gebruikelijk is, en dit voor lief nemen. Ook kan een rol spelen dat chronisch zieken en kwetsbare ouderen minder vaak aangeven dat zij internet gebruiken dan de gemiddelde Nederlander, waardoor het voor een deel van hen minder voor de hand ligt om gegevens elektronisch te delen.

### **3.6.3 Tot slot**

Tot slot is het belangrijk om een afweging te maken welke gegevens specifiek voor de patiënt en welke voor de zorgverlener relevant zijn. Voor zorgverleners is het belangrijk om te weten hoe zij kunnen omgaan met deze nieuwe instroom van informatie en hoe zij de patiënt gezondheidsvaardigheden kunnen aanleren. Hoe zorgverleners aankijken tegen metingen door patiënten en het elektronisch delen van deze gegevens, is in deze peiling niet onderzocht. Het blijft nodig om te bepalen wanneer elektronisch delen van informatie bijdraagt aan goede zorg. eHealth is immers een middel en geen doel op zich.



# Beeldschermzorg en domotica



### Doelstelling 3

Binnen vijf jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt, de mogelijkheid om - desgewenst - via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt hierbij ook domotica ingezet. Dit draagt eraan bij dat mensen langer veilig thuis kunnen wonen.

#### 4.1 Langer thuis wonen en thuishuistechnologie

Het overheidsbeleid is erop gericht dat mensen ondersteuning krijgen in hun wens om langer zelfstandig thuis te blijven wonen. De overheid wil dit onder andere bevorderen door de inzet van technologie in huis te stimuleren (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014b). Een voorbeeld hiervan is beeldcommunicatie of beeldschermzorg, ook wel beeldbellen genoemd, een vorm van zorgverlening waarbij de zorgverlener en zorggebruiker op afstand met elkaar communiceren via een beeldscherm en camera, met toepassingen zoals Skype of Facetime, en met behulp van apparaten zoals een tablet, computer of televisie. De zorggebruiker en zorgverlener kunnen elkaar zien en met elkaar spreken (Krijgsman et al., 2014).

Door inzet van beeldcommunicatie krijgen zorggebruikers een nieuwe mogelijkheid voor contact met hun zorgverleners, en is de begeleiding van zorggebruikers minder afhankelijk van tijd en plaats. Ook biedt het zorgverleners de mogelijkheid om op afstand te controleren of het wel goed gaat met iemand, of om bij een bezoek aan een zorggebruiker op afstand te overleggen met een meer gespeciali-

seerde collega (Hilbers-Modderman & De Bruijn, 2013; Rauwerda en Krijgsman, 2014). Eerder onderzoek naar beeldschermzorg toont niet alleen de voordelen hiervan aan, maar ook dat nog lang niet alle zorginstellingen in Nederland het aanbieden. De zorginstellingen die dit wel aanbieden, doen dit nog niet op grote schaal (Van Duijvendijk & Van den Akker, 2015).

In februari 2016 hebben we via Actiz een e-mail gestuurd naar de koplopers van beeldschermzorg in Nederland en gevraagd hoe het er momenteel voor staat. We hebben van vier zorgmanagers een reactie ontvangen. Zij geven aan dat beeldschermzorg, ondanks alle inspanningen, niet goed van de grond komt. Dit is een toelichting die we van een van hen ontvingen:

*"Het probleem ligt veel meer bij de medewerkers dan bij de cliënten. Wij willen dat beeldschermzorg een onderdeel is van de zorgverlening. Bij een nieuwe cliënt moet het zo zijn dat er gekeken wordt naar wat we, binnen de zorgvraag die er ligt, via beeldschermzorg kunnen leveren en waarvoor we bij de cliënt langs moeten komen. Uit de afgelopen jaren blijkt dat we daarvoor een lange adem nodig hebben maar uiteindelijk gaat het lukken mits er voldoende financiering is."*

Behalve beeldschermzorg zijn er nog andere vormen van technologie om mensen die thuis wonen te ondersteunen, zoals domotica. Dit is thuishetchnologie die erop gericht is om in huis makkelijker zaken te bedienen of om iemands veiligheid te bewaken, zoals een persoonlijk alarm in geval van nood of een elektronische medicijn dispenser.

De strekking van doelstelling 3 is dat mensen onder meer door de inzet van beeldschermzorg en domotica langer veilig en zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en dat hun zelfredzaamheid wordt vergroot. Dit is de wens van een deel van de ouderen zelf (Doekhie et al., 2014) en het beleid van de overheid.

## 4.2 Zorg en ondersteuning thuis

Doelstelling 3 heeft betrekking op de mensen die thuis zorg en ondersteuning ontvangen. In bijlage A is te lezen hoe deze groep is geselecteerd. Het gaat in deze meting alleen om mensen die vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zorg en ondersteuning hebben ontvangen. Er is geen vraag opgenomen over zorg die wordt geleverd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) of vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Ten opzichte van de nulmeting is de situatie voor mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen (vooral hulp bij het huishouden), veranderd. Per 1 januari 2015 is er namelijk een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gekomen. Deze wet is qua takenpakket uitgebreid, omdat een aantal taken vanuit de voormalige Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) is overgenomen ([www.zorgwijzer.nl](http://www.zorgwijzer.nl)). Een extra taak is het blijven bevorderen van het ontmoeten van andere mensen in de vorm van

individuele of groepsgewijze begeleiding (dagbesteding). Andere taken, zoals persoonlijke verzorging en verpleging, zijn per 1 januari 2015 onder de Zvw komen te vallen. Gemeenten hebben met de nieuwe Wmo meer verantwoordelijkheden gekregen, met als voornaamste doel om ervoor te zorgen dat mensen hulp krijgen zodat ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Daaronder valt ook ondersteuning van de mantelzorger. Wanneer we de cijfers uit deze peiling vergelijken met die uit de nulmeting, moeten we rekening houden met deze veranderingen.

In deze peiling is 72% van de mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt, vrouw; de gemiddelde leeftijd is 73 jaar en 62% woont alleen (zie bijlage A). Er zijn ons geen actuele cijfers bekend over alle mensen in Nederland die thuis zorg en ondersteuning ontvangen vanuit de gewijzigde Wmo. We kunnen de representativiteit van de groep deelnemers ten opzichte van alle mensen met zorg en ondersteuning thuis daarom niet vaststellen.

Van de deelnemende panelleden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten maakt 15% gebruik van zorg en ondersteuning thuis (n=503). Deze groep deelnemers aan dit onderzoek is groot genoeg om betrouwbare uitspraken te kunnen doen.

## 4.3 Wat is de stand van zaken aan het begin van 2016?

In deze paragraaf behandelen we achtereenvolgens het gebruik van beeldschermzorg en domotica, zoals dat is gemeten onder de groep van mensen in het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten die zorg en ondersteuning thuis ontvangen vanuit de Wmo.



### 4.3.1 Gebruik van beeldschermzorg

Van de mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, kan in totaal 7% (n=32) direct van huis uit visueel contact maken met een zorgverlener (5%, n=21) en/of mantelzorg (3%, n=15), via het beeldscherm van de computer, telefoon, tablet of televisie.

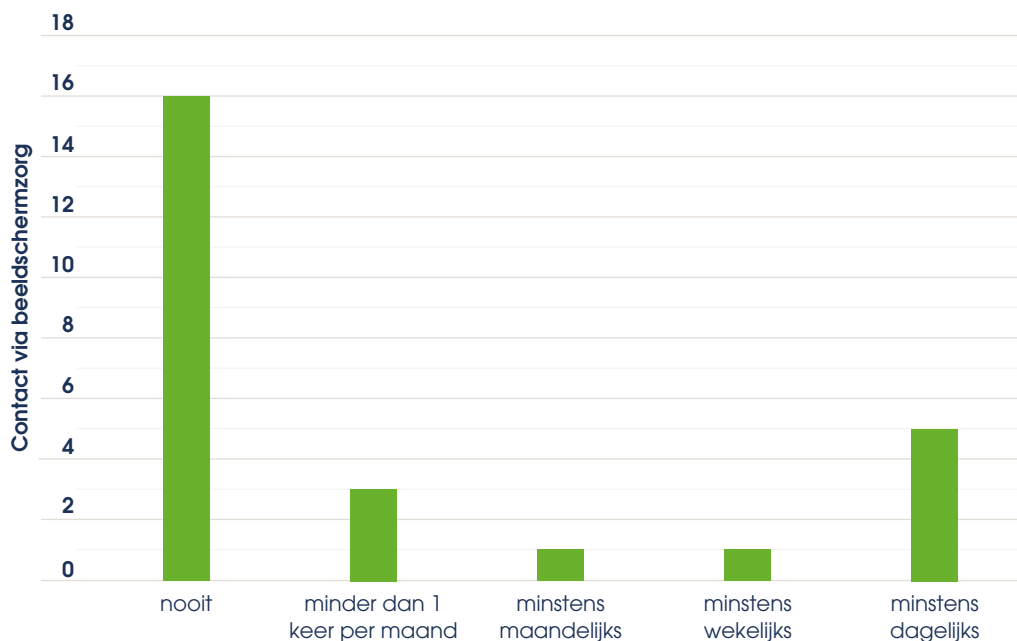
Het gaat dan om contact met de medewerker van de thuiszorg of wijkverpleging (n=7), met een medewerker van de huisartsenpraktijk (n=2), met de trombosedienst (n=1) of met een mantelzorg (n=11). Zeven mensen die zorg thuis ontvangen, hebben aangegeven dat ze beeldcontact kunnen maken met hun (klein)kinderen.

Het blijkt dat mensen die de mogelijkheid hebben om contact te maken via een beeldscherm met een zorgverlener of mantelzorg, hiervan in de praktijk

nauwelijks gebruikmaken (zie figuur 4-1; deze vraag is door 26 mensen ingevuld). Vijf personen maken hier wel dagelijks gebruik van. De meeste personen (n=16) geven aan 'nooit via een beeldscherm contact te maken met een zorgverlener of mantelzorg'. We hebben hun niet gevraagd naar de redenen waarom ze nauwelijks gebruik maken van beeldschermzorg.

Om meer inzicht te krijgen in de implementatie van beeldschermzorg in de zorg thuis hebben we, met toestemming van Actiz, de leden van het platform Zorg en Technologie (de pioniers op het gebied van beeldschermzorg) een mail gestuurd en hun gevraagd naar hun ervaringen hiermee. De reacties werpen licht op een aantal belemmeringen die zij in de dagelijkse praktijk ervaren. In kader 4-1 is een verhelderende toelichting te lezen.

*Figuur 4-1  
Frequentie van contact met een zorgverlener of mantelzorg via een beeldscherm, bij mensen met zorg en ondersteuning thuis die via een beeldscherm contact kunnen maken met een zorgverlener of mantelzorg (in aantallen; n=26)*



#### Kader 4-1 Implementatie van beeldschermzorg, ervaringen in een instelling

Vanuit één van de ondervraagde zorginstellingen worden belemmeringen genoemd die te maken hebben met de druk van lopende reorganisaties in de zorg, wijze van inbedding in het zorgproces, kosten en financiering en ten slotte met het zoeken van aansluiting bij het soort zorg dat cliënten nodig hebben:

*“Beeldschermzorg komt bij ons, ondanks alle inspanningen, niet van de grond. We gaan dit jaar proberen om het op een andere manier vorm te geven. Ik heb het idee dat het veroorzaakt wordt door alle veranderingen in de zorg. Wij zijn de afgelopen 2 jaar bezig geweest met een reorganisatie*

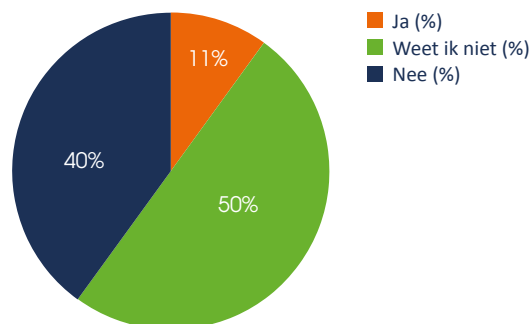
*binnen de thuiszorg. Voor de medewerkers is dat heel zwaar geweest. Het zorgde er ook voor dat er geen ruimte over was voor andere dingen. Bij presentaties zijn medewerkers enthousiast maar wij merken dat ze daarna weer over gaan tot de orde van de dag. Het was bij ons ook de bedoeling dat de medewerkers zelf de beeldschermzorg uitvoerden. Daarvoor moeten zij op kantoor zijn, wat ook niet handig is. Nu is het idee om het centraal te gaan leveren en wellicht met een andere leverancier. De ICT-leverancier is erg duur en als de bekostiging helemaal stopt kost het te veel. De kosten zijn ook te hoog om het eventueel op de cliënten te kunnen verhalen. Een ander punt is dat er veel cliënten zijn die echt alleen fysieke zorg krijgen. Daardoor vallen er veel cliënten af om het bij toe te passen.”*

#### 4.3.2 Wens om gebruik te maken van beeldschermzorg

Een op de tien (11%) van alle mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen en nu geen contact kunnen maken met een zorgverlener en/of mantelzorger via een beeldscherm, geeft te kennen dat ze

daar wel gebruik van zouden willen maken, als dat voor hen beschikbaar was (zie figuur 4-2). Deze vraag is overigens alleen ingevuld door mensen die ‘nee’ hebben geantwoord bij de vraag of ze contact kunnen maken met een zorgverlener en/of mantelzorger via het beeldscherm.

*Figuur 4-2  
Percentage mensen met zorg en ondersteuning thuis dat al dan niet beeldschermzorg wenst te gebruiken, gemeten ten opzichte van de groep van mensen met zorg en ondersteuning thuis die nu geen beeldschermzorg ontvangen (n=405)*



Niet iedereen is enthousiast over het gebruik van beeldschermzorg: vier op de tien panelleden die zorg en ondersteuning thuis ontvangen (39%), wil dat niet, en de helft (50%) weet het niet.

We hebben ook gevraagd naar de reden waarom mensen wel of geen gebruik van beeldcontact via het scherm willen maken. Redenen die zij aanvoeren om wel gebruik van beeldcontact te maken, kunnen we onderbrengen in een aantal categorieën (n=61):

- *Alleen als het nodig zou zijn:* "Voor spoedgevallen"; "Voor korte vragen"; "Als er met mij wat aan de hand is"; "Misschien in de toekomst";
- *Dat bespaart tijd:* "Dan hoef ik niet zo vaak naar het ziekenhuis"; "Dat bespaart taxiriten, want ik ben niet zo mobiel"; "Dat scheelt reis- en wachttijd";
- *Dat is prettiger:* "Dat is persoonlijker dan alleen telefonisch contact"; "Dan heb je directer contact"; "Is sneller en laagdrempelig"; "Beeldcontact heeft meerwaarde"; "Geeft meer informatiemogelijkheden"; "Dat geeft rust";
- *Dat lijkt me handig:* "Dan kan ik meteen alles uitleggen"; "Dan kun je gemakkelijk contact krijgen"; "Je kunt dan ook iets laten zien"; "Nuttig."

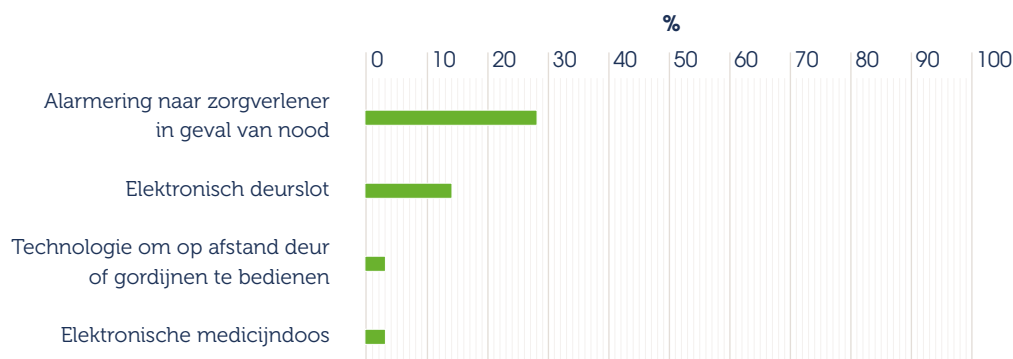
De redenen om geen gebruik van beeldcontact te willen maken, luiden (n=189):

- *Niet nodig:* "Als er iets is maak ik wel een afspraak"; "Als ik iets wil weten bel ik wel"; "Ik ben er nog niet aan toe"; "Ik ben nog gezond en mobiel"; "Dat is nu nog niet nodig"; "Dat heeft geen toegevoegde waarde"; "Telefonisch is voldoende";
- *Niet handig:* "Ik ben niet handig met computers"; "Gedoe"; "Ik heb daar geen verstand van"; "Ik weet niet hoe dat zou moeten";
- *Voorkeur voor persoonlijk contact:* "Contact is afstandelijk"; "Dan zie je helemaal niemand meer"; "Ik heb liever dat ze langs komen"; "Er gaat niets boven persoonlijk contact"; "Ik heb liever face-to-face contact."

### 4.3.3 Gebruik van domotica

Van de mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, heeft bijna drie op de tien (28%) de beschikking over een apparaat waarmee ze in geval van nood een alarm kunnen verzenden naar een zorgverlener (zie figuur 4-3). Minder vaak beschikt men over een elektronisch deurslot of een elektronisch bewaarkastje voor de huissleutel, dat thuiszorgmedewerkers met een pasje kunnen openen (14%).

*Figuur 4-3  
Percentage mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen en de beschikking heeft over domotica (n=382-414)*



Technologie om op afstand zaken thuis te bedienen (bijvoorbeeld via een tablet) zoals het licht aan- en uitdoen of de gordijnen openen en sluiten, is nauwelijks beschikbaar voor de mensen uit deze meting die zorg en ondersteuning thuis ontvangen (3%). Datzelfde geldt voor een elektronische medicijnendoos die op van tevoren ingestelde momenten de juiste medicijnen aflevert: weinig mensen hebben een dergelijk apparaat (3%).

#### 4.4 Wat is bekend uit de eHealth-monitor 2015?

De eHealth-monitor 2015 geeft inzicht in de toepassing van begeleiding op afstand, zoals beeldbellen, vanuit het perspectief van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners (Krijgsman et al., 2015a). Uit deze monitor blijkt dat beeldschermzorg vaker in de care wordt gebruikt (thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen) dan in de cure (huisartsenpraktijken, gezondheidscentra en ziekenhuizen): 23% van de verpleegkundigen in de care geeft aan dat hun instelling beeldschermzorg gebruikt, tegenover 11% in de cure. Ook weten we dat het percentage verpleegkundigen in de care dat aangeeft dat in hun instelling gewerkt wordt met beeldschermzorg, van 2014 op 2015 bijna is verdubbeld: van 12% naar 23% (Krijgsman et al., 2015a).

Huisartsen en medisch specialisten bieden de mogelijkheid voor online contact via een beeldscherm niet

vaak aan hun patiënten aan. In 2015 bood 1% van de huisartsen deze mogelijkheid en 4% van de medisch specialisten. Van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar een huisarts of medisch specialist bezochten, maakte 1% hier in 2015 gebruik van (Krijgsman et al., 2015a).

Voor de eHealth-monitor 2015 is aan verpleegkundigen ook gevraagd of zij werkten met medicijndispensers, een voorbeeld van domotica. Hiervan wordt minder gebruikgemaakt dan van beeldschermzorg: 19% van de verpleegkundigen in de care meldt dat dit in de instelling wordt gebruikt. Ook hier is sprake van een toename in 2015 ten opzichte van 2014: van 11 naar 19% (Krijgsman et al., 2015a).

#### 4.5 Veranderingen ten opzichte van de vorige meting

In deze paragraaf presenteren we opnieuw alleen de significante verschillen tussen de nulmeting en deze meting. We zien dat de beschikbaarheid van alarmering naar een zorgverlener in geval van nood en het gebruik van een elektronisch deurslot zijn toegenomen in vergelijking met een jaar geleden (zie tabel 4-1). Ook hier geldt dat er geringe afwijkingen mogelijk zijn ten opzichte van de cijfers van de rapportage van 2015. Dat komt omdat we gebruik hebben gemaakt van een model en weging om mogelijke verschillen tussen steekproeven te corrigeren.

*Tabel 4-1  
Percentage mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen en de beschikking hebben over domotica.*

	2015	2016
Alarmering naar zorgverlener in geval van nood	19%	28%
Elektronisch deurslot	7%	14%

## 4.6 Bespreking van de doelstelling

Doelstelling 3 uit de Kamerbrief over eHealth en zorgverbetering (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) luidt: *Binnen vijf jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt, de mogelijkheid om - desgewenst - via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt hierbij ook domotica ingezet.*

Let wel: net als voor de andere technologische toepassingen geldt ook nu weer dat de toepassing van beeldschermzorg en domotica geen doel op zich is. Domotica is een hulpmiddel om langer veilig en zelfstandig thuis te kunnen wonen. Deze meting is ook niet bedoeld om aan te tonen of het gebruik van beeldschermzorg er daadwerkelijk toe bijdraagt dat mensen langer thuis blijven wonen. Daar is - zo hebben we in de vorige rapportage ook al aangegeven - aanvullend onderzoek voor nodig.

Deze meting heeft betrekking op het huidige gebruik van beeldschermzorg: 5% van de mensen die zorg thuis ontvangen, kan thuis via het beeldscherm contact maken met een zorgverlener en/of mantelzorger (beeldbellen). Het gaat dan om de medewerker van de thuiszorgorganisatie of wijkverpleging, de huisarts, of de trombosedienst. Als we de metingen uit 2015 en 2016 met elkaar vergelijken, zien we nu nog geen ontwikkeling in de richting van het behalen van bovenstaande doelstelling in 2019.

Lang niet iedereen die zorg thuis ontvangt, is enthousiast over het gebruik van beeldschermzorg: in deze meting zou vier op de tien mensen uit deze groep (40%), daar geen gebruik van willen maken. Dit jaar hebben we aan de mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, gevraagd waarom ze dat niet willen.

De redenen die men hiervoor aandraagt zijn: niet nodig ("Geen meerwaarde"), niet handig ("Gedoe") en de voorkeur voor persoonlijk contact ("Ik heb liever dat ze langs komen"). Eerder hebben we gezien dat circa een vijfde deel van deze groep deelnemers wel meerwaarde ziet in het gebruik van beeldschermzorg. De meningen over de meerwaarde lopen dus nogal uiteen.

Bij de onderzochte voorbeelden van domotica zien we dat een apparaat waarmee men in geval van nood een alarm kan verzenden naar de zorgverlener, wordt gebruikt door ruim een kwart van de mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt (28%). Dit gebruik is gestegen ten opzichte van de vorige meting (19% in 2105). Ook het gebruik van een elektronisch deurslot is toegenomen (van 7% in 2015 naar 14% in 2016). Andere technologie is minder gangbaar, zoals technologie om op afstand een deur of een gordijn te bedienen (3%) en elektronische medicijndispensers (3%). We kunnen concluderen dat het gebruik van domotica om veilig zelfstandig wonen te bevorderen, aan bekendheid wint.

## 4.7 Discussie

De doelstelling dat *iedereen* die zorg en ondersteuning thuis ontvangt - desgewenst - gebruik kan maken van beeldschermzorg, is ambitieus. In deze meting kan 5% van de mensen met zorg en ondersteuning thuis via het beeldscherm contact maken met een zorgverlener.

Nog eens 11% van hen wil wel gebruik maken van beeldschermzorg. Het is wenselijk deze groep dat aan te bieden. We hebben dit jaar ook gevraagd naar de redenen om beeldschermzorg te willen gebruiken.

Mensen zeggen dat ze alleen beeldschermzorg zouden gebruiken

- "als het nodig zou zijn";
- "om tijd te besparen";
- "omdat het prettiger is dan alleen telefonisch contact";
- "omdat het handig is".

Ook zien we dat de helft (50%) niet weet of ze gebruik zouden willen maken van beeldschermzorg als het beschikbaar is. Dat percentage is vergelijkbaar met de vorige meting. In die zin is er nauwelijks ontwikkeling te zien in het gebruik van beeldschermzorg in de zorg thuis, ondanks het feit dat uit de eHealth-monitor 2015 blijkt dat het percentage verpleegkundigen dat rapporteert dat beeldschermzorg in hun instelling wordt toegepast, stijgt.

Dat laatste is in lijn met het beeld dat we van de zorgmanagers van de koplopers op dit gebied hebben gekregen. Bij meerdere zorgorganisaties die beeldschermzorg aanbieden, komt dit - ondanks alle inspanningen - nauwelijks van de grond. In 2015 zegt 23% van de verpleegkundigen in de care dat hun instelling beeldschermzorg gebruikt (Krijgsman et al., 2015a). Het aantal zorgorganisaties dat beeldschermzorg aanbiedt, moet toenemen om iedereen te faciliteren die beeldschermzorg wil.

Uit eerder onderzoek is bekend dat toekomstige ouderen verschillen in hun wensen en mogelijkheden ten aanzien van technologiegebruik (Doekhie et al., 2014). Veel toekomstige ouderen willen gebruik maken van domotica en technologie als zij hierdoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen en zijn al 'internetvaardig'. Maar er is er ook nog steeds een

groep die niet met de computer overweg kan en weinig verwacht van nieuwe techniek. Kortom, de ene oudere is de andere niet. Bij de interpretatie van de resultaten in het licht van deze derde doelstelling moeten we met deze variatie rekening houden.

Ook wordt nog niet iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt, bereikt met domotica en beeldbellen. Voor het behalen van de doelstelling kan het vergroten van het aanbod ertoe bijdragen dat meer mensen worden bereikt en ervaring met deze technologie opdoen. Ook andere aanbieders dan zorgorganisaties kunnen hierbij een rol spelen.

Door de hervormingen in de (langdurige) zorg blijven mensen langer thuis wonen en zijn zorgaanbieders druk bezig met het anders organiseren van de zorg. De verwachting is dat deze veranderingen nog enige tijd vergen. Daar staat tegenover dat het ministerie van VWS ernaar streeft de doelstellingen ten aanzien van eHealth en zorgverbetering te hebben gerealiseerd in 2019. De verwachting is dat de veranderingen die daarvoor nodig zijn, nog enige tijd vergen. De toepassing van nieuwe technologie is vaak een onderdeel van dit veranderproces. Organisaties hebben tijd nodig om deze nieuwe technologieën goed in te bedden in een veranderende werkwijze. Pas daarna zal onder zorggebruikers een verandering in het gebruik van technologie zichtbaar worden.



# Literatuur





- Artsennet (2006). *Caloriebeperking en gewichtsverlies helpen diabetespatiënten met ernstig overgewicht*. Geraadpleegd op 10 maart 2015 op <http://www.artsennet.nl/Nieuws/Nieuws-onderzoeken/Nieuwsartikel/33624/Caloriebeperking-en-gewichtsverlies-helpen-diabetespatiënten-met-ernstig-overgewicht.htm>.
- Bourbeau, J., & Bartlett, S.J. (2008). Patient adherence in COPD. *Thorax*; 63: 831-838 doi:10.1136/thx.2007.086041
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Ouderen en chronisch zieken*. Geraadpleegd op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/toelichtingen/alfabet/o/ouderen-en-chronisch-zieken.htm>
- Duijvendijk, I. van, & Akker, I. van den (2015). *"Een deur naar de rest van de wereld". Succesfactoren en barrières bij de implementatie van beeldschermzorg*. Den Haag/Nijmegen: Trendition (Nictiz & Radboudumc).
- Doekhie, K.D., Veer A.J.E. de, Rademakers, J.D.J.J.M., Schellevis, F.G., Francke, A.L.(2014). *Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: NIVEL.
- Gijssen, R., Oostrom, S.H. van, Schellevis, F.C. (2014). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. <http://www.nationaalkompas.nl>.
- Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., Rijken, M. (2010). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken- Rapportage 2010*. Utrecht: NIVEL.
- Heijmans, M., Zwikker, H., Heide, I. van der, Rademakers, J. (2016). NIVEL Kennisvraag 2016: zorg op maat. *Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?* Utrecht: NIVEL.
- Hendriks, M., Plass, A.M., Heijmans, M., Rademakers, J. (2013). *Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiënt activatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten*. Utrecht: NIVEL.
- Hilbers-Modderman, E.W.S.M. & A.C.P. de Bruijn (2013). *Domotica in de langdurige zorg. Inventarisatie van technieken en risico's*. De Bilt: RIVM.
- Inglis, S., Clark, R., McAlister, F., Simon, S. & Cleland, J. (2011). Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: abridged Cochrane review. *European Journal of Heart Failure*, 13: 1028-1040.
- Kampen, Ch. van (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Krueger, K.P., Berger, B.A., Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: A comprehensive review. *Advances in Therapy*; 22: 319-362.
- Krijgsman, J., Bie, J. de, Burghouts, A., Jong, J. de, Cath, G., Gennip, L. van, Friele, R. (2013). *eHealth, verder dan je denkt. eHealth-monitor 2013*. Den Haag/ Utrecht: Nictiz, NIVEL.

- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Cath, G., Beenkens, F., Friele, R., Gennip, L. Van (2014). *eHealth, op naar meerwaarde! eHealth-monitor 2014*. Den Haag/Utrecht: Nictiz, NIVEL.
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Moll, T., Friele, R., Gennip, L. Van (2015). *Tussen vonk en vlam. eHealth-monitor 2015*. Den Haag/Utrecht: Nictiz, NIVEL, 2015a.
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Heijmans, M., Beenkens, F., Waverijn, G., Friele, R., Gennip, L. van (2015). "Dan kan ik er misschien zelf iets aan doen." *Tussenrapport eHealth-monitor 2015*. Den Haag/Utrecht: Nictiz, NIVEL, 2015b.
- Longalliantie en NHG (2013). *e-COPD kernset (samenvatting)*. Geraadpleegd op 10 maart 2015 op: [http://www.longalliantie.nl/files/9813/8744/3765/COPD\\_2013SK\\_25okt13.pdf](http://www.longalliantie.nl/files/9813/8744/3765/COPD_2013SK_25okt13.pdf).
- Marcolino, M., Maja, J., Alkmim, M., Boersma, E., Ribeiro, A. (2013). Telemedicine Application in the Care of Diabetes Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE 8 (11)*: e79246.
- McLean, S., Nurmatov, U., Liu, J., Pagliari, C., Car, J., Sheikh, A. (2011). *Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease*. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011 Jul. 6; (7): CD007718.
- Meulenkamp, T., Waverijn, G., Langelaan, M., Hoek, L. van der, Boeijs, H., Rijken, M. (2015). *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking. Rapportage participatiemonitor 2015*. Utrecht: NIVEL.
- Geraadpleegd op: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapportage-participatiemonitor-2015.pdf>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014). *De maatschappij verandert. Verandert de zorg mee?* Den Haag: Ministerie van VWS.
- Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014). *Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer betreffende e-health en zorgverbetering 2 juli 2014*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015). *Voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering 8 oktober 2015*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (2015). *Notitie Doorpakken met het PGD*. Utrecht: NPCF.
- Peeters, J., Wieggers, T., Bie, J. de, Friele, R. (2013). *Overzichtsstudies – Technologie in de zorg thuis, nog een wereld te winnen!* Utrecht: NIVEL/CCTR.
- Platform Vitale Vaten, De Hart & Vaatgroep en NHG (2013). *e-CVRM kernset (samenvatting)*. Geraadpleegd op 10 maart 2015 op: <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/wp-content/uploads/2014/01/e-CVRM-Kernset-samenvatting-DEF.pdf>.
- Rauwerda, F., & Krijgsman, J. (2015). *Communicatie in de zorg van scherm tot scherm. Praktijkvoorbeelden en aandachtspunten voor de implementatie van beeldcommunicatie*. Den Haag: Trendition (Nictiz en Radboudumc).

Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge, R.R., Epstein, R.S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*; 43: 521–530

Steverink, N., Slaets, J.P.J., Schuurmans, H., Lis, M. van, (2001). Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *The Gerontologist*, 412, special issue 1, 236-237.

Thuisarts.nl (2015). *Ik heb hartfalen*. Geraadpleegd op 10 maart 2015 op: <https://www.thuisarts.nl/hartfalen/ik-heb-hartfalen>.

RIVM (2010). *Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010. Van Gezond naar beter*. Bilthoven.

Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., Schellevis, F. (2011). Overzichtstudies. Zorg voor chronisch zieken. *Organisatie van de zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht: NIVEL.

Vries, A. de, Wal, M. van der, Nieuwenhuis, M., Jong, R. de, Dijk, R. van, Jaarsma, T., Hillege, H. (2013). *Health professional's expectations versus experiences of internet-based telemonitoring: survey among heart failure clinics*. *J. Med. Internet Res.* 2013; 15(1): e4.

# Bijlage



## Doelgroepen van deze rapportage

De doelstellingen van het ministerie van VWS hebben betrekking op de volgende groepen:

- 1) chronisch zieken;
- 2) kwetsbare ouderen;
- 3) mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen (vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning).

Deze doelgroepen overlappen elkaar voor een deel in deze peiling (14% overlap). Bij de analyses hebben we de mensen die onder beide groepen vallen, in beide groepen gelaten. Deze tellen dus dubbel mee.

### Chronisch zieken

Voor de gegevensverzameling van chronisch zieken - mensen met een lichamelijke beperking - is gebruik gemaakt van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG). Het NPCG is een landelijk representatief panel van ruim 4.000 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van vijftien jaar en ouder, met een medisch gediagnosticeerde somatische ziekte en/of langdurige matige tot ernstige lichamelijke beperkingen. Tweemaal per jaar ontvangen panelleden van het NPCG een vragenlijst.

De panelleden van het NPCG zijn geworven via huisartsenpraktijken (landelijke steekproef uit de Registratie Gevestigde Huisartsen in Nederland) en via bevolkingsonderzoeken, waaronder: het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek 2007 (SCP), het WoOn-onderzoek 2009 en het WoOn-onderzoek 2012 (Ministerie van BZK; SCP). De panelleden met een matige of ernstige lichamelijke beperking zijn geworven via de bevolkingsonderzoeken.

### Standaardpopulatie

In deze rapportage worden de percentages voor men-

sen met een chronische ziekte geschat voor een gedefinieerde standaardpopulatie. Wanneer de onderzoeksgroep het ene jaar anders is samengesteld dan het andere jaar, kunnen eventuele verschillen tussen de metingen veroorzaakt worden door de veranderde samenstelling van de onderzoeksgroep. Om door de jaren heen uitspraken te doen over een zelfde groep en verschillen door de tijd te kunnen vaststellen, hebben we van een standaardpopulatie gebruikgemaakt. Idealiter is de standaardpopulatie gebaseerd op informatie over de samenstelling van de werkelijke populatie van mensen met een (somatische) chronische ziekte in Nederland. Gegevens hierover zijn echter niet voorhanden. Daarom hebben we besloten om de standaardpopulatie van chronisch zieken te bepalen op basis van alle nieuwe instromers met een chronische ziekte in het NPCG tussen 2005 en 2009, waarbij de gegevens van de panelleden op het moment van instroom zijn meegenomen. Door deze keuze is er nog geen selectieve uitval in het panel geweest, bijvoorbeeld door een slechtere gezondheidstoestand. Uit eerdere ervaringen weten we bovendien dat het deel van de chronisch zieken dat geselecteerd is in de huisartsenpraktijk en zich aanmeldt voor deelname aan het panel, niet verschilt wat betreft geslacht, leeftijd en aantal chronische aandoeningen van de groep die zich na selectie niet aanmeldt (Rijken et al., 1998; Calsbeek et al., 2005). De standaardpopulatie heeft dus een verdeling naar sociaaldemografische en ziekte- en beperkinggerelateerde kenmerken, zoals die naar voren komt in het totale bestand van nieuwe instromers met een chronische ziekte tussen 2005 en 2009. De standaardpopulatie voor mensen met een chronische ziekte is gedefinieerd op basis van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische ziekten, en de aanwe-

zigheid van een matige of ernstige lichamelijke beperking.

Wanneer uit modelresultaten bleek dat een weging naar de standaardpopulatie geen effect had op de schattingen van de percentages, zijn steekproefcijfers gerapporteerd. Ook wanneer het aantal mensen dat een specifieke vraag ingevuld had te klein was om te wegen naar de standaardpopulatie, zijn steekproefcijfers weergegeven. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk om te wegen naar geslacht, wanneer er binnen groepen (bijvoorbeeld de groep 'mannen') geen variatie was in de respons op een specifieke vraag.

### **Kwetsbare ouderen**

Om vast te kunnen stellen welke mensen tot de kwetsbare ouderen behoren, hebben we - net zoals in de vorige meting - een berekening gemaakt. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP, 2011) hanteert de volgende definitie: *'Kwetsbaarheid bij ouderen' is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)*. Voor het meten van de kwetsbaarheid hebben we geprobeerd zo goed mogelijk aan te sluiten bij de Groningen Frailty Index (GFI), dat wil zeggen we hebben gezocht naar (inhoudelijk) vergelijkbare items in onze vragenlijst. De GFI is een betrouwbaar, valide en eenvoudig meetinstrument dat in verscheidene onderzoeken in Nederland wordt gebruikt (Steverink et al., 2001). De GFI meet zowel fysieke als psychosociale kwetsbaarheid.

In deze peiling komt de fysieke kwetsbaarheid tot uitdrukking in:

- polyfarmacie (gebruik van vijf of meer medicijnen);
- ernstige lichamelijke beperkingen;
- ernstige motorische beperkingen;
- ernstige visuele en ernstige gehoorbeperkingen.

Bij de psychosociale kwetsbaarheid gaat het om sociale beperkingen ("Ik mis mensen om me heen") en psychische beperkingen (altijd/meestal neerslachtig de afgelopen vier weken). Wat leeftijd betreft hebben we de ondergrens bij 65 jaar gelegd. Het is bekend dat de kwetsbaarheid vaak toeneemt met de leeftijd.

Het was mogelijk maximaal een score van vier punten te halen (per gebied score 0 of 1):

- gebruik van vijf of meer medicijnen;
- ernstige lichamelijke, motorische, visuele beperkingen en gehoorbeperkingen;
- sociale beperkingen;
- psychische beperkingen

Als men een score van 2, 3 of 4 had, dus als men op meer dan één gebied de score 1 had, is iemand meegeteld als 'kwetsbaar'. Volgens deze berekening is 24% van de panelleden van 65 jaar en ouder kwetsbaar (n=315).

### **Standaardpopulatie**

Omdat het voor de groep kwetsbare ouderen niet mogelijk is om een standaardpopulatie vast te stellen zoals bij mensen met een chronische ziekte, zijn de resultaten van 2016 op leeftijd en geslacht gewogen naar de samenstelling van de steekproef in 2016. Wanneer gesproken wordt over verschillen tussen 2015 en 2016, is er hierbij dus voor gezorgd dat deze verschillen niet voortkomen uit wijzigingen in de verdeling van leeftijd en geslacht binnen de onderzoeksgroep.

## **Mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen**

In deze rapportage worden ook resultaten weergegeven voor de groep mensen (met een chronische ziekte en/of een lichamelijke beperking) die zorg en ondersteuning thuis ontving in 2015. In de rapportage van 2015 is hiervoor gekeken naar de groep mensen die gebruikmaakte van zorg en ondersteuning thuis via de Awbz en/of de Wmo. De vraag was toen: 'U krijgt zorg vanuit de gemeente. Het kan bijvoorbeeld gaan om huishoudelijke hulp, aanpassingen aan uw woning, vervoer, een rolstoel of scootmobiel of een maaltijdvoorziening'.

Het percentage mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking dat gebruik maakte van thuiszorg via de Awbz, was echter laag binnen het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Tevens maakte een deel van deze groep óók gebruik van zorg en ondersteuning via de Wmo. Hierbij gaat het dan om hulp bij het huishouden, begeleiding, persoonlijke verzorging en wijkverpleging. Daarom is er in 2016 voor gekozen om de groep mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking die zorg en ondersteuning thuis ontvangt, alleen te selecteren op basis van informatie over het gebruik van zorg en ondersteuning via de Wmo. Het gaat dan om mensen met hulp bij het huishouden, begeleiding, persoonlijke verzorging en wijkverpleging vanuit de Wmo.

### **Standaardpopulatie**

Omdat het voor de groep mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking die thuiszorg gebruikt, niet mogelijk is om een standaardpopulatie vast te stellen zoals bij mensen met een chronische ziekte, zijn de resultaten van 2016 op basis van leeftijd en geslacht gewogen naar de samenstelling van de

steekproef in 2015. Wanneer we spreken over verschillen tussen 2015 en 2016, is er hierbij dus voor gezorgd dat deze verschillen niet voortkomen uit wijzigingen in de verdeling van leeftijd en geslacht binnen de onderzoeksgroep.

### **Statistische analyses**

Er zijn analyses uitgevoerd om schattingen (percentages) te geven voor de totale groep van mensen met een chronische ziekte, voor het aandeel mensen dat gebruik maakt van zorg en ondersteuning thuis, en voor kwetsbare ouderen. Alle gegevens zijn geanalyseerd op basis van een lineair regressiemodel, een logistisch regressiemodel, of een ordinaal regressiemodel – afhankelijk van het type variabele. Er is rekening gehouden met afhankelijkheid in data die ontstaat doordat mensen meerdere jaren meedoen. Er is bij verschillende variabelen getoetst of er sprake was van een toe- of afname tussen 2015 en 2016. Voor het vaststellen of er sprake is van een significant verschil tussen 2015 en 2016, is hierbij een alpha kleiner dan 0.05 gehanteerd. Panelliden die op één of meerdere van de correctievariabelen (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, aantal chronische ziekten, ernst van de beperking) een ontbrekende waarde hebben, zijn niet meegenomen in de analyses. Alleen bij lage aantallen deelnemers was het niet mogelijk de verschillen te toetsen aan de hand van het model. Bij deze gegevens hebben we de steekproefcijfers weergegeven.

De open vragen van de vragenlijst hebben we gehercodeerd. In een enkel geval hebben we dit jaar een open vraag gebruikt, terwijl deze vraag in de nulmeting voorgestructureerd was. Daarbij hebben we bij het coderen zo veel mogelijk aangesloten bij de antwoordcategorieën van de nulmeting.

## Dataverzameling en respons

De dataverzameling van deze tweede doelstellingenmeting van de eHealth-monitor 2016 heeft in oktober 2015 plaats gevonden via vragenlijsten: schriftelijk, via internet of telefonisch, afhankelijk van de voorkeur van het panellid. Er zijn twee reminders verstuurd, na twee weken en na vier weken. De netto respons op deze meting is hoog, namelijk 80% (tabel A-1). Het responspercentage heeft betrekking op de totale groep panelleden die is benaderd voor deelname aan het onderzoek.

## Gebruik van internet

Als achtergrondinformatie bij de doelstellingen van VWS hebben we gevraagd naar het internetgebruik van chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen die zorg thuis ontvangen. Hiervoor hebben we de vragen uit de Participatiemonitor (Meulenkamp et al., 2015) gebruikt en we hebben er een vraag aan toegevoegd, namelijk of mensen online informatie hebben gezocht over een ziekte of behandeling. Tabellen A-2 t/m A-6 gaan over hun gebruik en ervaringen met het internet.

Uit de eHealth-monitor van 2015 blijkt dat het gebruik van internet behoorlijk is ingeburgerd onder

zorggebruikers. Vrijwel allemaal maken ze gebruik van internet (94%). Voor de drie doelgroepen van onze peiling ligt het internetgebruik echter lager. Van de groep chronisch zieken maakt acht op de tien gebruik van internet (83%); van de kwetsbare ouderen en de mensen met zorg en ondersteuning thuis, maakt zes op de tien daar gebruik van (64% respectievelijk 61%).

Een ruime meerderheid van de zorggebruikers van de eHealth-monitor 2015 vindt internet (zeer) gemakkelijk (65%), tegenover een op de tien (10%) die het gebruik van internet (zeer) moeilijk vindt. Van de chronisch zieken vindt 10% internet (zeer) moeilijk; van de mensen die zorg thuis ontvangen, is dat 20% en van de kwetsbare ouderen vindt een kwart (25%) het gebruik van internet (zeer) moeilijk (tabel A-3).

De meerderheid van de chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen die zorg thuis ontvangen, hebben internet het afgelopen halfjaar regelmatig gebruikt voor internetbankieren (63%-74%; tabel A-5). Een vijfde gebruikt internet voor het bestellen van goederen (15-24%). Het gebruik van internet voor gezondheid komt nog maar weinig voor. Een consult met de huisarts via e-mail is nauwelijks voorgekomen

Tabel A-1  
Respons vragenlijsten  
NPCG meting oktober 2015.

	Aantal uitnodigingen verstuurd	Aantal ingevuld retour/telefonisch afgenomen	Responspercentage
Totaal	4.496	3.600	80%
Waarvan:			
Schriftelijk	2.894	2.359	83%
Online	1.550	1.204	78%
Telefonisch	52	37	71%



het afgelopen halfjaar (2%). Minder dan een op de tien deelnemers heeft het afgelopen jaar minstens één keer per week informatie opgezocht via internet over zijn ziekte of behandeling (6-9%). Medicijnen bestellen via internet gebeurt daarentegen wel: een op de vijf chronisch zieken heeft hier het afgelopen jaar regelmatig gebruik van gemaakt (19%).

Ook wordt internet gebruikt voor het volgen van nieuwssites (48-64%), voor het contact onderhouden met vrienden of goede bekenden via de mail (43-47%), of voor het bezoeken van sociale netwerksites (36-46%). Internet is dus vooral belangrijk voor het opzoeken van informatie en sociaal contact. Voor al deze internetdiensten geldt dat kwetsbare ouderen er het minst gebruik van maken.

**Tabel A-2**  
Gebruik van internet.

Maakt u wel eens gebruik van internet?	Chronisch zieken (n=1371) (%)	Kwetsbare ouderen (n=303) (%)	Mensen met zorg thuis (n=481) (%)
Nee	18	36	39
Ja	82	64	61

Bron: vragen afkomstig uit Participatiemonitor (Meulenkamp et al., 2015)

**Tabel A-3**  
Mate waarin men het gebruik van internet moeilijk vindt.

Hoe makkelijk of moeilijk vindt u het gebruik van internet?	Chronisch zieken (n=1111) (%)	Kwetsbare ouderen (n=189) (%)	Mensen met zorg thuis (n=481) (%)
Zeer moeilijk	1	4	6
Moeilijk	9	21	14
Neutraal	30	34	37
Gemakkelijk	37	31	27
Zeer gemakkelijk	23	10	16

Bron: vragen afkomstig uit Participatiemonitor (Meulenkamp et al., 2015)

**Tabel A-4**  
Belang van internet voor contact met anderen.

Hoe belangrijk is het gebruik van internet om met andere mensen in contact te zijn?	Chronisch zieken (n=1108) (%)	Kwetsbare ouderen (n=188) (%)	Mensen met zorg thuis (n=282) (%)
Helemaal niet belangrijk	13	12	11
Niet zo belangrijk	24	23	20
Een beetje belangrijk	21	24	25
Belangrijk	30	31	28
Heel belangrijk	12	11	16

Bron: vragen afkomstig uit Participatiemonitor (Meulenkamp et al., 2015)

Tabel A-5  
Regelmatig gebruik van internet voor verschillende activiteiten.

<b>Gebruik internet (regelmatig)</b>	<b>Chronisch zieken (n=1105) (%)</b>	<b>Kwetsbare ouderen (n=185) (%)</b>	<b>Mensen met zorg thuis (n=283) (%)</b>
Gebruik gemaakt van internetbankieren	74	63	65
Boodschappen van een supermarkt laten bezorgen	3	4	4
Andere goederen besteld (boeken, muziek, elektronica, kleding)	23	15	21
Een consult gehad met mijn huisarts via email	2	2	2
Medicijnen besteld	19	22	19

Bron: vragen afkomstig uit Participatiemonitor (Meulenkamp et al., 2015)

Tabel A-6  
Gebruik van internet in het afgelopen half jaar.

<b>Gebruik internet afgelopen half jaar (minstens 1 keer week)</b>	<b>Chronisch zieken (n=1079) (%)</b>	<b>Kwetsbare ouderen (n=184) (%)</b>	<b>Mensen met zorg thuis (n=329) (%)</b>
Het nieuws gevolgd via nieuwssites	64	49	48
Contact onderhouden met vrienden of goede bekenden via email	47	43	47
Sociale netwerksites bezocht zoals Facebook, Twitter of LinkedIn	46	36	42
Contact onderhouden met vrienden of goede bekenden via sociale netwerksites (zoals Facebook of Twitter)	36	35	38
Iets opgezocht voor mijn hobby	27	19	21
Gechat (bijv. via MSN, Facebook) of een forum bezocht	20	17	20
Informatie opgezocht over dingen die ik in mijn vrije tijd kan ondernemen	21	10	11
Gebeld, eventueel met beeld (bijv. Skype)	14	11	12
Informatie gezocht over mijn ziekte of behandeling	8	6	9
Gezocht naar mogelijkheden voor (ander) werk	5	0	1
Nieuwe mensen leren kennen	4	5	5
Een religieuze bijeenkomst gevolgd (bv. kerkdienst)	4	5	9
Een online cursus gevolgd	2	2	1
Contact gezocht met andere mensen met een lichamelijke beperking of een chronische ziekte	1	3	4
Gezocht naar mogelijkheden voor (ander) vrijwilligerswerk	1	0	2
Een datingsite bezocht	1	1	2

Bron: vragen afkomstig uit Participatiemonitor (Meulenkamp et al., 2015)

## Achtergrondkenmerken van de deelnemers

Tabel A-7 tot en met tabel A-13 toont de algemene kenmerken van de deelnemersgroepen van de meting in oktober 2015.

*Tabel A-7  
Algemene achtergrond-  
kenmerken meting  
oktober 2015 - geslacht.*

<b>Geslacht</b>	<b>Chronisch zieken (n=1448) (%)</b>	<b>Kwetsbare ouderen (n=315) (%)</b>	<b>Mensen met zorg thuis (n=504) (%)</b>
Man	48	39	28
Vrouw	52	61	72

*Tabel A-8  
Algemene achtergrond-  
kenmerken meting  
oktober 2015 - leeftijd.*

<b>Leeftijd</b>	<b>Chronisch zieken (n=1448) (%)</b>	<b>Kwetsbare ouderen (n=315) (%)</b>	<b>Mensen met zorg thuis (n=504) (%)</b>
15 t/m 39 jaar	4	-	2
40 t/m 64 jaar	35	-	20
65 t/m 74 jaar	35	50	27
75 jaar of ouder	26	50	51
Gemiddelde leeftijd (range)	66 jaar (15-97 jaar)	76 jaar (65-97 jaar)	73 jaar (26-97 jaar)

*Tabel A-9  
Algemene achtergrond-  
kenmerken meting  
oktober 2015 - opleiding.*

<b>Opleidingsniveau</b>	<b>Chronisch zieken (n=1405) (%)</b>	<b>Kwetsbare ouderen (n=308) (%)</b>	<b>Mensen met zorg thuis (n=482) (%)</b>
Laag (t/m LBO)	32	44	46
Middel	44	43	40
Hoog (HBO/Universiteit)	25	13	14

*Tabel A-10  
Algemene achtergrond-  
kenmerken meting  
oktober 2015 - woonsituatie.*

<b>Woonsituatie</b>	<b>Chronisch zieken (n=1429) (%)</b>	<b>Kwetsbare ouderen (n=314) (%)</b>	<b>Mensen met zorg thuis (n=494) (%)</b>
Eenpersoonshuishouden	23	42	62
Meerpersoonshuishouden	77	58	38

Tabel A-11  
Algemene achtergrond-  
kenmerken meting oktober  
2015 – chronische ziekte.

<b>Chronische ziekte</b>	<b>Chronisch zieken (n=1448) (%)</b>	<b>Kwetsbare ouderen (n=210) (%)</b>	<b>Mensen met zorg thuis (n=297) (%)</b>
Hart- en vaatziekten	24	35	26
Astma/COPD	18	18	20
Ziekte bewegingsapparaat	11	10	14
Kanker	5	0	0
Diabetes mellitus	15	15	14
Neurologische ziekte	6	6	9
Chronische spijsverteringsziekte	5	0	2
Andere chronische ziekte	16	10	11
Geen chronische ziekte	-	0	2

Tabel A-12  
Algemene achtergrond-  
kenmerken meting  
oktober 2015 –  
lichamelijke beperkingen.

<b>Ernst lichamelijke beperking</b>	<b>Chronisch zieken (n=1367) (%)</b>	<b>Kwetsbare ouderen (n=312) (%)</b>	<b>Mensen met zorg thuis (n=482) (%)</b>
Geen beperkingen	37	2	0
Licht beperkt	30	6	6
Matig beperkt	25	33	41
Ernstig beperkt	9	59	52

Tabel A-13  
Algemene achtergrond-  
kenmerken meting oktober  
2015– aantal diagnoses.

<b>Aantal diagnoses</b>	<b>Chronisch zieken (n=1448) (%)</b>	<b>Kwetsbare ouderen (n=210) (%)</b>	<b>Mensen met zorg thuis (n=297) (%)</b>
Geen diagnose	-	0	0
Eén ziekte	44	22	28
Twee ziektes	33	24	25
Drie ziektes	14	23	21
Vier ziektes	9	29	25



## **Nictiz**

### **Bezoekadres**

Oude Middenweg 55  
2491 AC Den Haag  
T 070 31 73 450  
F 070 32 07 437

[www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)

### **Postadres**

Postbus 19121  
2500 CC Den Haag

## **Nivel**

### **Bezoekadres**

Otterstraat 118 – 124  
3513 CR Utrecht  
T 030 27 29 700  
F 030 27 29 729

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

### **Postadres**

Postbus 1568  
3500 BN Utrecht