

e-hulp.nl

Deze scriptie is aangemeld voor de Scriptieprijs online hulp 2010. Een overzicht van alle scripties over hulpverlening via internet is te vinden op <http://www.e-hulp.nl/scriptieprijs>.

Wij wensen u veel leesplezier.

Stichting E-hulp.nl



De Scriptieprijs online hulp is een initiatief van E-hulp.nl, kennis- en adviescentrum voor online hulp.

E-hulp.nl maakt online hulp mogelijk bij instellingen uit de Jeugdzorg, GGZ en Maatschappelijk werk.

Kijk voor meer informatie over online hulp en E-hulp.nl op www.e-hulp.nl.

De patiënt aan de knoppen

Inventariserend onderzoek naar e-health (interventies) en empowerment



Saskia Timmer

De patiënt aan de knoppen

Inventariserend onderzoek naar e-health (interventies) en empowerment

© Saskia Timmer
September 2010

Manager innovatie, Dr. Leo Kannerhuis
Mail: s.timmer@leokannerhuis.nl
Twitter: @sastimmer

Inhoudsopgave

INLEIDING	5
LEESWIJZER	6
BEGRIPSBEPALING	7
1 ONDERZOEKSOPZET	8
1.1 PROBLEEMANALYSE	8
1.2 PROBLEEMSTELLING	8
1.3 DOELSTELLING	8
1.4 VRAAGSTELLING	9
1.5 CONCEPTUEEL MODEL	9
1.6 ONDERZOEKSOPTIEK	9
1.7 DATAVERZAMELING	9
1.8 DATA ANALYSE	11
1.9 KWALITEITSCRITERIA	11
2 E-HEALTH EN E-HEALTH INTERVENTIES	13
2.1 E-HEALTH	13
2.2 E-HEALTH INTERVENTIES	13
3 EMPOWERMENT	16
3.1 WERKWIJZE	16
3.2 ERVARINGSDESKUNDIGHEID, CLIËNTPARTICIPATIE EN EMPOWERMENT	16
3.3 EMPOWERMENT; VOOR PATIËNT EN ZORGVERLENER	18
4 INVLOED OP EMPOWERMENT VAN DE PATIËNT	21
4.1 DATAVERZAMELING EN ANALYSE	21
4.2 INVLOED VAN E-HEALTH OP DE ASPECTEN VAN EMPOWERMENT	22
4.3 INVLOED VAN E-HEALTH INTERVENTIES OP DE ASPECTEN VAN EMPOWERMENT	22
4.4 INVLOED OP EMPOWERMENT VAN DE PATIËNT: NADER BESCHOUWD	23
5. INVLOED OP DE WERKWIJZE VAN DE ZORGVERLENER	26
5.1 DATAVERZAMELING EN ANALYSE	26
5.2 INVLOED VAN E-HEALTH OP DE ASPECTEN VAN EMPOWERMENT	26
5.3 INVLOED VAN E-HEALTH INTERVENTIES OP DE ASPECTEN VAN EMPOWERMENT	27
5.4 INVLOED OP DE WERKWIJZE VAN DE ZORGVERLENER: NADER BESCHOUWD	28
6 INVLOED E-HEALTH INTERVENTIES PER FASE	29
6.1 INLEIDING	29
6.2 ORDENING FASEN IN HET ZORGPROCES	29
6.3 INVLOED E-HEALTH INTERVENTIES TIJDENS ZORGPROCES	30
7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	33
7.1 SAMENVATTING RESULTATEN	33
7.2 CONCLUSIES	34
7.3 DISCUSSIE	35
7.4 AANBEVELINGEN	36
NABESCHOUWING	38
SAMENVATTING	39

SUMMARY	41
LITERATUURLIJST	43
BIJLAGEN	46
<hr/>	
BIJLAGE 1: INVLOED VAN E-HEALTH OP PATIËNT EMPOWERMENT: INTERVIEWS EN LITERATUUR	47
BIJLAGE 2: INVLOED VAN E-HEALTH OP WERKWIJZE ZORGVERLENER: INTERVIEWS EN LITERATUUR	49
BIJLAGE 3: INVLOED E-HEALTH INTERVENTIES OP PATIËNT EN ZORGVERLENER OP EMPOWERMENT ASPECTEN	51
BIJLAGE 4: RESPONDENTEN	61

Inleiding

E-health in de gezondheidszorg is sterk in opkomst. Er is geen zorgveld waarin niet enkele initiatieven te vinden zijn. De e-health initiatieven bevinden zich in verschillende stadia, van een voorzichtig experiment tot opschaling van e-health hulpverleningsvormen na goede eerste ervaringen.

Maar wat verstaan we eigenlijk onder e-health? Het begrip e-health is een container begrip dat wordt gebruikt om 'het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name Internettechnologie, bedoeld om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren' (RVZ, 2002) aan te duiden. Deze definitie van de RVZ wordt in meerdere publicaties gebruikt (van der Velde, et al., 2008; Riper, et al., 2007). Het Trimbosinstituut geeft op haar website een nadere beschrijving van e-health: "situaties waarin patiënten ICT gebaseerde interventies ontvangen. Zowel gezondheidsvoorlichting, preventie, vroeginterventie, behandeling als onderhoudstherapie: met behulp van computers of gerelateerde apparaten zoals PDA's. Ook screening voor ziekte via Internet en ziektegerelateerde psycho-educatie voor patiënten vallen hieronder." Te constateren is dat e-health een container begrip is met een breed bereik.

Er is veel te zeggen en te lezen over e-health. Dat wil zeggen, voor wie er al enigszins mee "besmet" is. Want hoewel er volop getwitterd wordt over e-health en health2.0¹, over de veranderende zorg, over de veranderende rol van de patiënt², is het begrip e-health voor het merendeel van de zorgvragers en zorgverleners³ nog nieuw of zelfs onbekend. Voor hen kan de vraag rijzen wat de functie is van e-health. Maar ook vragen oproepen over de betekenis van de grote hoeveelheid weblogs over e-health en de waarde van de veelheid aan informatie over (e-)health op internet, in de social media. Wordt e-health een doel op zich? Kijkend naar alle informatie over e-health dan komen drie kerndoelen steeds terug: een streven naar effectiviteit, efficiëntie en empowerment in de zorgverlening. Dit onderzoek focust op e-health en empowerment.

E-health is een nieuwe ontwikkeling in de zorg. Het is zinvol om deze ontwikkeling met onderzoek te volgen en de impact ervan in kaart te brengen. Onderzoek naar e-health kan bijdragen aan de discussie over de rol van e-health in de zorg en over de bijdrage aan de rol van de patiënt in de zorg.

Lezend en me verdiepend in e-health is mijn interesse gewekt. E-health is een ontwikkeling met mogelijkheden voor het kosten- en capaciteitsprobleem in de gezondheidszorg. Maar e-health wordt ook beschouwd als een ontwikkeling die kansen lijkt te bieden voor de patiënt: een kans op meer regie als het gaat om diens gezondheid. Maar een beschouwing is geen kennis, eerder een aanname. Daarom de keuze voor empowerment als focus voor dit onderzoek. Onderzoek met een focus op empowerment kan meer specifiek de bijdrage van e-health voor de patiënt en de impact voor de zorgverlener in kaart brengen. Het kan de kennis over deze verandering in de (geestelijke)gezondheidszorg breder beschikbaar maken. Op basis hiervan kunnen aanbevelingen voor gebruik van e-health in de GGZ geformuleerd worden.

¹ Health2.0 is een term die gebruikt wordt om de integratie van e-health in de reguliere (G)Gz aan te duiden.

² In dit onderzoek wordt de term patiënt gebruikt, om zowel zorgvragers in het algemeen als patiënten en cliënten met een zorgvraag aan te duiden.

³ In dit onderzoek wordt de term zorgverlener gebruikt wanneer het hulpverleners in het algemeen betreft, zie ook de begripsbepaling.

Leeswijzer

In dit rapport is de verzamelde kennis uit het onderzoek beschreven. Als eerste is in hoofdstuk een beschreven wat de probleemstelling van het onderzoek is en hoe het onderzoek is opgezet. In hoofdstuk twee tot en met zes staan de resultaten beschreven. Als eerste wordt in hoofdstuk twee ingegaan op de definitie van e-health en de verschillende e-health interventies. Het onderzoek naar e-health heeft empowerment als focus. Echter, empowerment is ook een container begrip. Daarom wordt in hoofdstuk drie het conceptuele model voor empowerment beschreven. Na de definiëring van zowel e-health en e-health interventies en het concept empowerment kan de empowerende waarde voor de patiënt en de invloed van e-health op de werkwijze van de zorgverlener in beeld gebracht worden. In het hoofdstuk vier staan de resultaten van de invloed van e-health op empowerment van de patiënt beschreven. In hoofdstuk vijf staat beschreven wat de invloed op de zorgverlener is. Nu beschreven is wat de invloed is, rest de vraag wanneer van deze invloed sprake is. In hoofdstuk zes is hierbij stilgestaan. In dit hoofdstuk is te lezen tijdens welk moment in het zorgproces de verschillende e-health interventies invloed hebben. Vervolgens zijn in hoofdstuk zeven de conclusies, de discussie en de aanbevelingen beschreven. Afsluitend zijn ook de Nederlandse en Engelse samenvatting van het onderzoeksrapport te vinden. Als laatste zijn enkele bijlagen toegevoegd, waarin uitgebreidere informatie is te vinden.

Begripsbepaling

Aandoening: Vanwege de leesbaarheid wordt in het rapport de term aandoening gebruikt wanneer het ziekte of zorgvragen betreft. Onder de term aandoening worden alle vormen van functiebeperkingen, chronische problematiek en psychiatrische ziektebeelden verstaan, die kunnen leiden tot (chronisch) patiënt zijn.

E-health wordt in dit onderzoek gedefinieerd als het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën, onder andere Internettechnologie, gericht op de patiënt in het primaire zorgproces, met als doel het verbeteren van de individuele gezondheid en de gezondheidszorg. Deze definitie is grotendeels ontleend aan de definitie van de RVZ (2002) en NPCF (2008).

E-health interventies hieronder vallen de concrete zorgtoepassingen die passen binnen de definitie van e-health.

Empowerment Omdat empowerment een centraal begrip is in dit onderzoek wordt deze term in hoofdstuk 3 gedefinieerd.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is algemeen gedefinieerd als hulpverlening gericht op het voorkomen, behandelen en genezen van psychische aandoeningen en/of maximale integratie van mensen met een chronische psychische aandoening in de maatschappij en/of het bieden van (ongevraagde) hulp aan ernstige verwarde en/of verslaafde mensen die zelf geen hulp zoeken.

Health2.0 is een term gebaseerd op de ontwikkelingen en versies van Internet. Internet 1.0 is de term die men achteraf gebruikte voor het Internet dat in de jaren 90 voor de particulier beschikbaar werd en waar men vooral informatie kon opzoeken, als het ware éénrichtingsverkeer. Inmiddels spreekt men over Internet2.0, het huidige Internet waarin men niet alleen informatie kan opzoeken, maar ook zelf informatie kan toevoegen. Internet2.0 is een medium waarin tweerichtingsverkeer mogelijk is, waarbij openheid centraal staat. Over de ontwikkeling richting internet3.0 zegt Heldoorn (2008) dat dit niet meer draait om informatie, maar om kunstmatige intelligentie: communiceren met het web alsof het een andere persoon is. Ook in de zorg wordt de aanduiding 2.0 gebruikt, om de ontwikkeling van eenrichtingsverkeer naar tweerichtingsverkeer in de zorg aan te duiden. De term health2.0 deed daarmee binnen de wereld van e-health zijn intrede. De gedachte daarachter is dat door de integratie van e-health in de reguliere zorg en daarmee de ontwikkeling van gezondheidszorg tot health2.0 de patiënt stem krijgt in de zorg waardoor er ook hier tweerichtingsverkeer in de zorgverlening ontstaat.

Invloed: daar waar gesproken wordt over invloed wordt alleen vanuit een empowerment perspectief de invloed in beeld gebracht.

Patiënt is de term die gebruikt wordt, om zowel zorgvragers in het algemeen als patiënten, cliënten en ouderen met een zorgvraag aan te duiden. De term cliënt zou mogelijk meer passend zijn in het gelijkheidsprincipe, maar voor de duidelijkheid is gekozen voor de term patiënt.

Professional en zorgverleners zijn twee termen die gehanteerd worden in dit rapport. De term zorgverlener wordt gebruikt indien zorgverleners in het algemeen bedoeld worden. Dat kan variëren van de verpleegkundige, tot therapeuten, of artsen. De term professional wordt gebruikt daar waar de inhoud alleen betrekking heeft op de doelgroep die in de gezondheidszorg aangeduid wordt als de professional: de hulpverlener met een BIG-registratie en een breedgedragen beroepscode.

1 Onderzoeksopzet

1.1 Probleemanalyse

De gezondheidszorg wordt komende jaren geconfronteerd met twee uitdagingen. Als eerste is er vanuit de politiek en maatschappij een groeiend besef dat er een zorgcapaciteitsprobleem zal ontstaan. Dit wordt versterkt door de noodzaak tot bezuiniging in de zorg. Tegelijkertijd is er ook een verandering gaande die de rol en de zorgvraag van de patiënt betreft: een vraag om meer zelfsturing en regie. Oplossingen voor deze uitdagingen worden op twee vlakken gezocht.

Aan de ene kant zien we een sterke focus op empowerment van de patiënt en diens omgeving. Dit vanuit het idee dat patiënten mede verantwoordelijk kunnen zijn voor de uitvoering van (een deel van) de zorgtaken. Cliëntparticipatie en mondigheid van de patiënt zijn uitwerkingen van het begrip empowerment. De beweging in de GGZ, waarin men focust op herstel en empowerment van de patiënt, is passend hierin (GGZ NL, 2009). Aan de andere kant wordt gefocust op het benutten van ICT en technologie in de zorg. Dit om efficiëntie en effectiviteit in de zorgverlening en de wijze waarop de zorg georganiseerd is te bevorderen. Tegelijkertijd biedt de inzet van ICT en technologie in de zorg, e-health, kansen voor empowerment van de patiënt, ook wel health2.0 of zorg2.0 genoemd (RVZ, 2010). Dit wordt onderschreven door deskundigen in het e-health veld. Zij richten zich bij e-health ontwikkeling meer en meer op empowerment van de patiënt, zo blijkt uit weblogs. Daarbij spreken enkelen liever spreken over 'Participatory Healthcare' (Engelen, 2010) in plaats van health2.0. De term empowerment is daarmee opnieuw een actueel begrip in de gezondheidszorg. Eenduidig is dit begrip echter niet. Meer regie, meer zelfsturing zijn termen die gebruikt worden om inhoud te geven aan dit begrip. Maar weet iedereen wat er bedoeld wordt? De vraag is of voor patiënten duidelijk is wat voor hen de toegevoegde waarde van e-health is en hoe dit hen kan "empoweren". Gesteld kan worden dat er weinig kennis is over de invloed van e-health op empowerment van de patiënt. Laat staan dat we weten wat dit betekent voor de zorgverlener en zijn werkwijze.

Ontbrekende eenduidigheid geldt eveneens voor het begrip e-health. In de verkenning van e-health en de verschillende e-health interventies blijkt al snel dat iedere sector zijn eigen namen en vormen heeft. Ook blijkt dat sommige e-health interventies alleen in bepaalde sectoren toegepast worden. De schotten in de zorgsectoren lijken kennisdeling tegen te houden. De vraag rijst of er in andere zorgsectoren e-health interventies en ervaringen zijn waar de GGZ haar voordeel mee kan doen.

1.2 Probleemstelling

Er is op dit moment onvoldoende kennis om uitspraken te kunnen doen over de veronderstelling dat e-health en e-health interventies een bijdrage kunnen leveren aan patiënt empowerment. Ook is er nog weinig bekend over de invloed van e-health (interventies) op de werkwijze van de zorgverlener. Als eerste ontbreken de achterliggende kaders om hier uitspraken over te kunnen doen. Er is geen theoretisch kader voor het concept empowerment voor handen. Ook is er geen eenduidige ordening voor de verschillende e-health interventies. Beide zijn nodig om te kunnen onderzoeken welke bijdrage e-health en e-health interventies leveren aan patiënt empowerment. Omdat dit niet beschreven is, is de aanname dat werken met e-health en e-health interventies invloed heeft op de zorgverlening en de betrokken zorgverlener, ook niet meer dan een aanname. Deze constatering zijn aanleiding voor dit onderzoek en hebben geleid tot de volgende doelstelling.

1.3 Doelstelling

Doel van het onderzoek is het verwerven van kennis over de empowerende waarde van e-health en e-health interventies, door de invloed hiervan op de patiënt en de zorgverlener te beschrijven. Vervolgens worden aanbevelingen geformuleerd gericht op het bevorderen van empowerment van de patiënt in de GGZ middels e-health.

1.4 Vraagstelling

Op basis van de probleemstelling en doelstelling van het onderzoek wordt de centrale vraag voor het onderzoek als volgt geformuleerd:

Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt in de (G)GZ en de werkwijze van de zorgverlener?

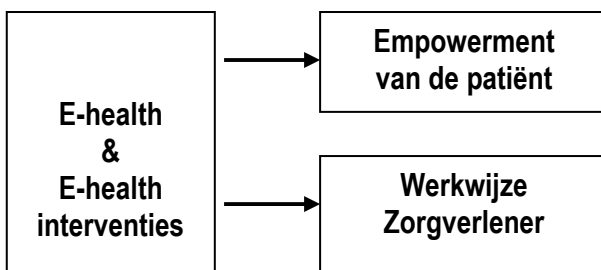
Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden zijn een aantal deelvragen geformuleerd:

1. Hoe zijn e-health en e-health interventies te definiëren?
2. Hoe is het concept empowerment in de zorg te definiëren en wat zijn de aspecten voor patiënt en zorgverlener?
3. Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt?
4. Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener?
5. Tijdens welke fase in het zorgproces is de invloed van de verschillende e-health interventies zichtbaar?

In het onderzoek worden eerst de kaders voor e-health en e-health interventies bepaald. Er zal een definitie gegeven worden van e-health als fenomeen, maar ook van de te onderscheiden e-health interventies. Vervolgens wordt het conceptueel model voor empowerment ontwikkeld. Dit is het kader waarmee de gevonden informatie over e-health en e-health interventies gezien wordt. Met de ordening en het conceptueel model als kaders worden de volgende drie deelvragen onderzocht. Daarbij wordt bij deelvraag drie en vier zowel naar e-health als fenomeen gekeken, alsook naar de invloed van de verschillende e-health interventies. Als eerste wordt de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt onderzocht. Vervolgens wordt in kaart gebracht wat de invloed is op de werkwijze van de zorgverlener. Nadat duidelijk is wat de invloed is op empowerment van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener wordt als laatste gekeken naar de fasen van het zorgproces waarin de invloed van de e-health interventies zichtbaar is. Met de resultaten van deelvraag drie, vier en vijf wordt de centrale vraag beantwoord.

1.5 Conceptueel model

De onderzoeksvraag naar de invloed van e-health (interventies) kent drie begrippen die centraal staan: e-health en e-health interventies, empowerment van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener. De relatie tussen de drie kernbegrippen wordt als volgt schematisch weergegeven:



De pijlen geven weer dat de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt en op de werkwijze van de zorgverlener wordt onderzocht. Er wordt gekeken naar de invloed van de interventies en de invloed van e-health als fenomeen. Dit wetende dat e-health in de zorg enkel bestaat uit de concrete interventies en dat patiënt en zorgverlener in het zorgproces vooral te maken hebben met deze interventies.

Maar omdat e-health een betrekkelijk nieuw fenomeen in de gezondheidszorg is, is het zinvol te onderzoeken wat de invloed hiervan is op de patiënt en zorgverlener.

In het onderzoek wordt het gehele veld van de gezondheidszorg als onderzoeksgebied gedefinieerd. Er wordt gekeken naar e-health interventies die in alle sectoren van de gezondheidszorg toegepast worden. Dit omdat e-health interventies die niet in de GGZ worden toegepast daar mogelijk wel waardevol kunnen zijn.

1.5.1 Afbakening

E-health

ICT ondersteuning in de gezondheidszorg niet gericht op het primaire zorgproces valt buiten de scope van dit onderzoek. Denk daarbij aan ICT ondersteuningsmiddelen zoals het elektronische patiënten dossier (EPD) of e-health applicaties gericht op de professional, zoals e-learn modulen of applicaties gericht op informatie-uitwisseling tussen instellingen of professionals. Ook invasieve technologie toepassingen, zoals gebruikt in de chirurgie, vallen buiten de scope van dit onderzoek omdat deze niet relevant zijn voor de GGZ.

Focus

In principe is het denkbaar en waardevol te onderzoeken welke invloed e-health en e-health interventies hebben op de zorgorganisatie. Echter, vanwege de focus op empowerment is deze vraag op dit moment minder relevant. Daarom is de keus gemaakt om de zorgorganisatie als actor in de zorg, niet in het onderzoek te betrekken.

Een andere afbakening is de onderlinge beïnvloeding tussen patiënt empowerment en de werkwijze van de zorgverlener. Alhoewel het zeer voorstelbaar is er een relatie is tussen de zorgverlener en de wijze van zorgverlening en de empowerende waarde van e-health interventies is deze relatie niet opgenomen in het onderzoek. Er is op voorhand te weinig kennis en praktijkervaring om uitspraken te kunnen doen over deze onderlinge beïnvloeding.

Als laatste de beperking in de focus op empowerment. E-health en empowerment kunnen uiteindelijk van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg en daarmee op de effectiviteit en efficiëntie. Voor de invloed op de werkwijze van de zorgverlener is hetzelfde denkbaar. De invloed van de empowerment waarde van e-health (interventies) op effectiviteit en efficiëntie wordt hier niet onderzocht. Hiervoor geldt dat eerst de relatie tussen e-health en empowerment van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener onderzocht dient te worden, voordat gekeken kan worden naar de effecten die dit mogelijk heeft op effectiviteit en efficiëntie.

Gezien de vraagstelling beperkt het onderzoek zich daarom tot de invloed op empowerment van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener.

1.6 Onderzoeksoptiek

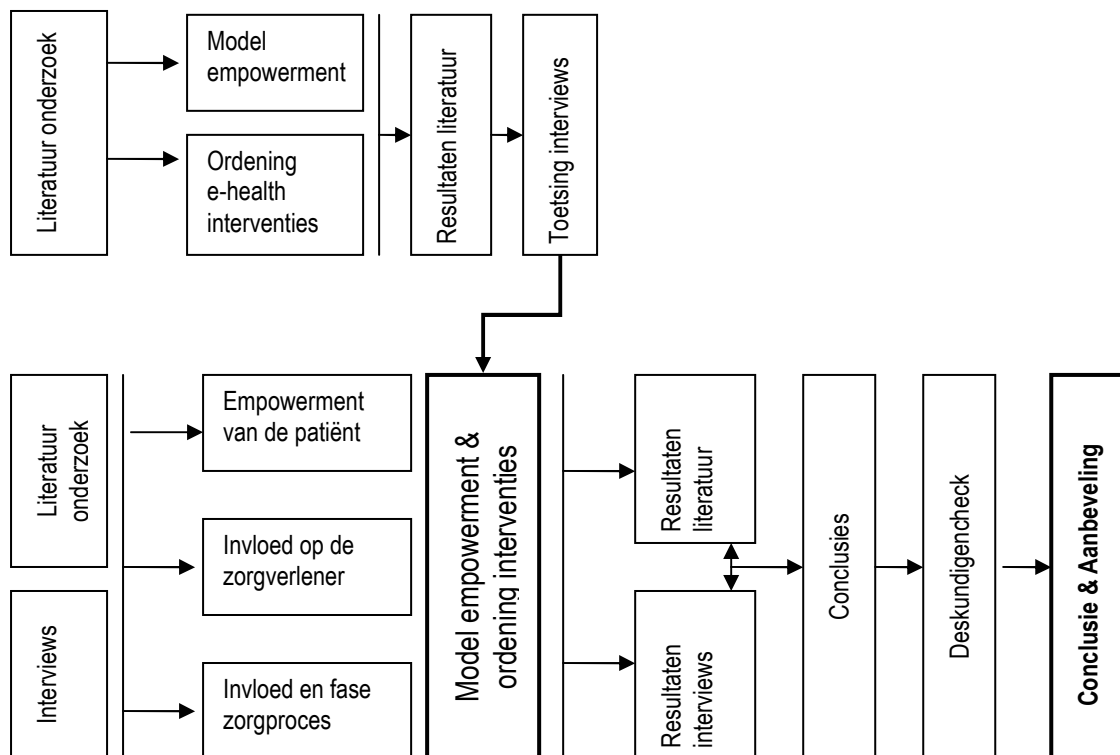
Het onderzoek wordt uitgevoerd als een inventariserend kwalitatief onderzoek. Dit heeft enkele redenen. Belangrijkste reden is dat er nog geen conceptueel model voor empowerment bestaat. Het ontwikkelen van een dergelijk model op basis van het beschikbare materiaal en de kennis van de experts vraagt een inductieve kwalitatieve aanpak. Een tweede reden is dat er tot nog toe geen empirisch onderzoek gedaan is naar de effecten van e-health en e-health interventies op patiënt empowerment. Een logische bevinding, gezien eerdere constatering dat het conceptueel model voor empowerment ontbreekt. Onderzoeken over e-health en e-health interventies zijn veelal kwalitatieve onderzoeken, waarin inventariserend informatie verzameld is om zicht te krijgen op de stand van zaken van e-health en de toepassing van e-health interventies in specifieke zorgsectoren. De aard van het beschikbare materiaal en het feit dat het conceptueel model via inductie afgeleid wordt, zijn redenen om te kiezen voor een inventariserende, kwalitatieve aanpak.

1.7 Dataverzameling

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden worden op twee manieren data verzameld, via een literatuuronderzoek en via interviews met deskundigen. Voor de vraag naar empowerment is de literatuur

leidend en dienen de interviews als deskundigencheck. Het model van empowerment en de ordening van interventies worden tijdens de interviewronde voorgelegd aan de deskundigen wat leidt tot de definitieve beschrijvingen. Voor de overige drie onderzoeksvragen worden de interviewronde en literatuuronderzoek behandeld als twee separate trajecten van data-analyse met afzonderlijke uitkomsten. Confrontatie van deze uitkomsten leidt tot een eerste beschrijving van de conclusie. Om de conclusie te valideren wordt deze besproken in een expertmeeting: deskundigencheck.

In een model weergegeven ziet het onderzoekstraject er als volgt uit:



1.7.1 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek richt zich op boeken en documenten over e-health en e-health interventies in de periode na 2004.

Periode na 2004: De ontwikkelingen van interventies en kennisontwikkeling over e-health hebben de afgelopen jaren een enorme vlucht genomen. Daarom worden alleen documenten niet ouder dan 5 jaar betrokken in het literatuuronderzoek. Dit omdat oudere documenten minder relevant zijn. Deze zijn ofwel gebruikt in de rapportages na 2004, of inmiddels achterhaald doordat de kennis en techniek zich verder hebben ontwikkeld.

Inhoudelijke criterium: Alleen rapporten en boeken die e-health interventies beschrijven gericht op de primaire patiëntenzorg worden in de literatuurverkenning betrokken. E-health applicaties gericht op ondersteuning van zorgverleners en/of het zorgproces vallen buiten de scope van dit onderzoek. Zie ook de afbakening op pagina drie.

1.7.2 Interviews

Doel van de interviewronde is de mening van de deskundigen over het onderwerp in beeld brengen. Dit als aanvulling op het literatuuronderzoek. Voor een goede vertegenwoordiging van expertise worden personen betrokken die vanuit verschillende invalshoeken deskundig zijn op het onderwerp e-health. Zo worden inhoudelijke experts benaderd die betrokken zijn bij de ontwikkeling en/of evaluatie van e-health applicaties. Denk hierbij aan vertegenwoordigers vanuit (GGZ) kenniscentra zoals universiteiten, het Trimbos instituut en TNO. Daarnaast wordt een vertegenwoordiging van het e-health platform, de Nederlandse vereniging voor E-

health, gezocht. De bevraging in de interviews zal semi-gestructureerd plaatsvinden. Er wordt een topiclijst gebruikt, geen vragenlijst.

Deskundigencheck

De conclusies worden tijdens een expertmeeting voorgelegd aan deskundigen uit het veld. Doel van de meeting is het valideren van de conclusies. Om deze valideringsronde meerwaarde te geven worden deskundigen vanuit meerdere expertisevelden betrokken waarbij nadrukkelijk ook patiëntenorganisaties benaderd worden.

1.8 Data analyse

De documenten worden gescreend op inhoudelijke informatie over de invloed van e-health en e-health interventies op de patiënt en de zorgverlener. Het selectie criterium is empowerment. Voor de inhoudsanalyse van het ruwe tekstmateriaal van het literatuuronderzoek en de interviewronde wordt het tekstanalyse programma Kwalitan gebruikt. De coderingsmethode is open coding. Het literatuuronderzoek en de interviewteksten worden separaat gecodeerd. Dit heeft als doel de objectiviteit te waarborgen.

1.9 Kwaliteitscriteria

Bruikbaarheid

Juist omdat er nog zo weinig informatie voor handen is, is een kwalitatief inventariserend onderzoek naar e-health en e-health interventies, empowerment en de invloed op de zorgverlener waardevol. De kennis die in deze inventarisatie verzameld wordt kan de basis leggen voor verdere ontwikkeling of onderzoek naar e-health en e-health interventies en empowerment, voor alle actoren in de zorg. Het biedt informatie die men kan benutten om de strategische keuzes over e-health in de gezondheidszorg te maken.

Validiteit

Om de validiteit van de uitkomsten te vergroten wordt datatriangulatie en deskundigencheck toegepast.

In de onderzoeksopzet wordt op twee manieren triangulatie toegepast.

- De literatuurstudie en de interviews zijn twee separate dataverzamelingstrajecten die afzonderlijk worden geanalyseerd.
- Er wordt vanuit meerdere perspectieven naar de vraagstelling gekeken: expertise vanuit verschillende werkvelden, zowel professionals als patiëntenorganisaties wordt betrokken. Hiermee wordt een brede vertegenwoordiging van de opinie in het veld nagestreefd.

Triangulatie van bronnen en perspectieven verhoogt de validiteit van de uitkomsten. Afsluitend worden de resultaten ter validering voorgelegd aan deskundigen tijdens een expertmeeting (deskundigencheck).

Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid te vergroten worden de interviews opgenomen en letterlijk uitgewerkt. De expertmeeting wordt genotuleerd. Dit vergroot de betrouwbaarheid. Tijdens de inhoudsanalyse wordt open gecodeerd.

Omdat het thema een onderwerp is waar de onderzoeker al enkele jaren in werkzaam is bestaat het risico dat kennis over het onderwerp leidt tot vooringenomenheid, dan wel blinde vlekken bij de onderzoeker. Om dit te minimaliseren vinden de interviews semi-gestructureerd plaats, met gebruik van topics en open vragen. De ontwikkeling van de topiclijst start vanuit de documenten.

Resultaten

Centrale onderzoeksvraag

Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt in de (G)GZ en de werkwijze van de zorgverlener?

Deelvragen

1. Hoe zijn e-health en e-health interventies te definiëren?
2. Hoe is het concept empowerment in de zorg te definiëren en wat zijn de aspecten voor patiënt en zorgverlener?
3. Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt?
4. Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener?
5. Tijdens welke fase in het zorgproces is de invloed van de verschillende e-health interventies zichtbaar?

In de volgende hoofdstukken staan de resultaten van het onderzoek naar de verschillende deelvragen beschreven. Als eerste wordt in hoofdstuk twee antwoord gegeven op de deelvraag naar de definitie van e-health en e-health interventies. Vervolgens is het conceptueel model voor empowerment beschreven in hoofdstuk drie. Deze kaders dienen als basis voor beantwoording van de volgende drie deelvragen. In hoofdstuk vier wordt de empowerende waarde voor de patiënt beschreven en in hoofdstuk vijf de invloed op de werkwijze van de zorgverlener. Vervolgens wordt gekeken naar de fase van het zorgproces waarin de diverse e-health interventies invloed kunnen hebben. De uitkomsten hiervan staan beschreven in hoofdstuk zes.

2 E-health en e-health interventies

Voordat onderzocht kan worden wat de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener is, is het nodig beide begrippen te definiëren. In dit hoofdstuk wordt op basis van literatuuronderzoek een definitie van e-health en de verschillende e-health interventies gegeven. Om tot een definitie van e-health te komen zijn de verschillende definities die gehanteerd worden in de literatuur inhoudelijk vergeleken en is gekozen voor de meest gangbare definitie. Om een uitspraak te kunnen doen over de invloed van e-health interventies op empowerment van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener is het nodig de veelheid aan termen en interventies te ordenen. Hiervoor zijn vanuit literatuuronderzoek alle termen verzameld en geordend in een mindmap. Daarbij is gekeken naar de techniek en de functie.

2.1 E-health

E-health, zorg2.0, telemedicine, internettherapie, domotica, allemaal benamingen die passeren in literatuur over ICT toepassingen in de gezondheidszorg. Duidelijk is dat er nog geen eenduidige benaming en definitie is. Wel zijn er, na 10 jaar integratie van ICT in de (geestelijke) gezondheidszorg veel verschillende toepassingen van ICT in verschillende zorgvelden. En ieder zorgveld hanteert daarin zijn eigen terminologie en definities. Zo heten vormen van gezondheidszorg met behulp van ICT in de GGZ onder andere e-mental health of internettherapie, maar spreekt men in de gehandicaptenzorg of ouderenzorg over zorg-op-afstand (Flim, 2009). Overeenkomst in de omschrijvingen is de aanwezigheid van ICT en de fysieke afwezigheid van zorgverlener. Deze kan wel synchroon (gelijktijdig) of a-synchroon (niet gelijktijdig) online aanwezig zijn. In de GGZ spreekt men bij (a-)synchrone aanwezigheid van een zorgverlener over twee vormen van e-mental health: online geprotocolleerde begeleiding zelfhulp of online geprotocolleerde begeleidde behandeling (Huson & Nordeman, 2008). Het Trimbosinstituut benadrukt in haar definitie van e-mental health het gebruik van ICT, bedoeld om de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren.

Vanaf 2002 circuleren er definities van telemedicine, onder andere van Buitenen en Buytendijk (2002), het NEN - in 2008 geaccepteerd door het ISO (internationale organisatie voor Standaardisatie)- en de Nederlandse patiënten en consumenten federatie (NPCF). Waarbij deze laatste de toegevoegde waarde voor de kwaliteit van leven voor de patiënt benadrukt: het op afstand toepassen van zorgdiensten met gebruikmaking van informatie en communicatietechnologie, gericht op het primaire zorgproces, zodanig dat de kwaliteit van leven van de zorggebruiker toeneemt.

In dit onderzoek wordt de term e-health gebruikt voor het fenomeen ICT toepassingen in de zorg. Daarbij wordt de volgende definitie gehanteerd, die grotendeels ontleend is aan de definitie van de RVZ (2002) en NPCF (2008):

E-health is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën, onder andere Internettechnologie, gericht op de patiënt in het primaire zorgproces, met als doel het verbeteren van de individuele gezondheid en de gezondheidszorg.

2.2 E-health interventies

E-health, een veel gebruikte term voor het fenomeen ICT toepassingen in de gezondheidszorg, is te verdelen in diverse interventies, zoals telemonitoring, telebehandeling, e-therapie, e-buy, e-consult en e-diagnose. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden of het behandelinterventie is of een online contact (al dan niet synchroon) tussen professional en zorgvrager of professionals onderling. Dit laatste is vooral van toepassing op e-consult en e-diagnose (van der Velde, et al., 2008). In de ouderenzorg hanteert men de termen domotica en zorg-op-afstand. Domotica is slimme technologie in woonsituaties ondersteunend voor de zorgverlener. Toezicht houden lijkt hierbij zo op het oog de belangrijkste functie. In de ouderenzorg wordt veelal gesproken over

videocommunicatie (Peeters, et al., 2008). Dit is een vorm van begeleiding op afstand, met synchrone aanwezigheid van de zorgverlener en patiënt. Of men spreekt over substituties: technologische toepassingen als vervanging van personeel in zorginstellingen (Huson & Nordeman, 2008).

Uit de hiervoor beschreven verkenning blijkt dat e-health interventies niet alleen veel namen, maar ook veel verschijningsvormen kennen. Iedere zorgsector heeft zo zijn eigen e-health interventies. In de care sector komen de toezichthoudende technologieën sterk naar voren, in de GGZ eerder de online behandelmodulen.. Dus verschillende sectoren met verschillende soorten e-health interventies. In recente literatuur (Engelen, 2010; RVZ, 2010) komt de invloed van de nieuwe social media veelvuldig terug, wanneer men spreekt over e-health interventies. Op zich zijn social media, zoals een weblog of twitter, geen e-health interventie. Maar deze social media zijn duidelijk wel van invloed op de patiënt en de zorgverlener en worden daarom betrokken in de ordening. Over 'e-buy' en 'ambient technology' was slechts zeer beperkt informatie te vinden. Deze zijn in het verdere onderzoek daarom buiten beschouwing gelaten. Ze zijn beiden wel opgenomen in de definiëring omdat ze vallen binnen de afbakening van het onderzoek. Dit heeft geleid tot het overzicht van e-health interventies en hun omschrijving, op pagina vijftien.

Interventie	Omschrijving
Online informatie	Informatie over ziekte, gezondheid en behandelmethoden die op Internet te vinden is. Zowel op websites als ook op weblogs of fora.
Social media	Alle vormen van Internetcommunicatie. Denk aan msn, maar ook aan internetcommunities zoals Hyves of Facebook, maar ook chatsites, Youtube, twitter en weblogs (Blogs).
Online Zelftesten	Testen of vragenlijsten die te vinden zijn op Internet en door de consument zonder tussenkomst van een professional te gebruiken zijn. Het zijn testen bedoeld om zowel somatische als psychische gezondheidsklachten op te sporen, als ook middelenmisbruik. De functie van de testen varieert van screenend tot diagnostisch instrument. Een deel is gratis te gebruiken, een deel van de zelftesten is online te koop.
E-buy*	Hieronder vallen alle gezondheidsproducten die online te koop zijn. Denk aan medicatie, maar ook aan zorgapplicaties zoals een bloeddrukmeter, of hartritme meter. Het zijn producten die over het algemeen zonder tussenkomst van een professional aangeschaft kunnen worden.
E-communicatie	Vormen van online communicatie tussen zorgverlener en patiënt. Hieronder valt zowel het e-mail (a-synchroon) of chatcontact (synchroon) over inhoudelijke zorgvragen als ook de mogelijkheid om online je eigen afspraken te plannen.
Personal Health Record (PHR)	Een online gezondheidsdossier waar de patiënt toegang toe heeft, of zelf informatie aan kan toevoegen. Denk aan informatie over de ziekte of situatie. In de praktijk wordt gebruik van een PHR vaak gecombineerd met een monitor applicatie en e-communicatie mogelijkheden. Deze zijn dan onderdeel van de PHR applicatie.
Online cursus	Hieronder worden de internetzelfhulpmodulen verstaan. Dit kunnen begeleide en onbegeleide zelfhulpmodulen zijn. De begeleiding kan zowel a-synchroon als synchroon plaatsvinden. Voorbeelden zijn online educatie modules, over de aandoening en omgaan met de aandoening. Maar ook korte motivatiecursussen of cursussen gericht op verminderen van probleemgedrag bij lichte klachten, subklinische klachten. Hieronder worden ook de selectieve preventieve e-health interventies verstaan. Dit zijn geprotocolleerde zelfhulpmodules of begeleidingsmodules met ondersteuning van een zorgverlener. In 2007 was ongeveer tweederde van het e-health aanbod een selectieve preventie interventie (Riper, et al., 2007).
Online behandeling	Internettherapieën en internet behandelmethoden in de GZ en GGZ. De online behandeling is gericht op klachtreductie en kan meer en minder geprotocolleerd zijn en met of zonder begeleiding geboden worden. Vaak worden minder geprotocolleerde behandelmethoden juist met begeleiding geboden. Sterker geprotocolleerde online behandelingen hebben vaak minder professionele begeleiding. De begeleiding kan synchroon en a-synchroon plaatsvinden.
Domotica:	Domotica is het begrip dat breed gebruikt wordt voor technologie in de thuissituatie. Soms bedoelt men met domotica alleen de toezichhoudende technologie, zoals camerabewaking of uitluistersystemen. Maar in de praktijk wordt domotica vaak gecombineerd met een communicatie mogelijkheid. Dan noemt men dit soms domotica, soms zorg-op-afstand of zelfs telecare. Hier wordt domotica in de zorg beperkter gedefinieerd als alle vormen van toezichhoudende technologie, die de patiënt of de zorgverlener ondersteunen. Een groot deel van de applicaties is ook gericht op signalering naar de omgeving van een patiënt, denk aan signalen van de bewegingsdetectie voor de zorgverlener of mantelzorger. Indien er sprake is van een combinatie met communicatiefuncties valt dit onder zorg-op-afstand.
Ambient Technology*	Het gebruik van slimme geïntegreerde technologie in de woonsituatie. Hiervoor wordt onder andere RFID gebruikt. Dit lijkt de opvolger van de huidige toezichhoudende technologie, met dat verschil dat deze applicaties intelligenter zijn. Dat wil zeggen dat zij contextinformatie kunnen waarnemen, deze verwerken en betrekken in de ondersteuning of coaching van de patiënt.
Video communicatie	Het gebruik van beeldcommunicatie in de zorgverlening. De zorgverlener, heeft vanuit een videozorgcentrale contact met de patiënt of oudere. Videocommunicatie is een applicatie die onderdeel is van een pakket van zorg. Het valt onder zorg-opafstand, telemedicine of telecare.
Monitoring	Monitorapplicaties sec bestaan eigenlijk niet. Het monitordeel, waarbij de patiënt zelf informatie over zijn gezondheid en ziekte kan invoeren, is vaak onderdeel van een zorg-op-afstand of telemedicine/telecare module.
Zorg-op-afstand/ Telemedicine-Telecare (ZTT)**	Dit is een combinatie van toezichhoudende technologie en monitorapplicaties, soms ook gecombineerd met video communicatie. Dit laatste zie je veel in de ouderenzorg, waar men spreekt over zorg-op-afstand. In de curatieve gezondheidszorg spreekt men van telemedicine, bijvoorbeeld voor mensen met hartritme stoornissen. In de caresector van telecare, o.a. voor diabetes patiënten.

Tabel 1: Overzicht van e-health interventies en hun omschrijving

* Deze zijn in verder onderzoek wegens gebrek aan informatie buiten beschouwing gelaten.

** Deze drie vormen worden indien gezamenlijk bedoeld aangeduid met de afkorting ZTT.

3 Empowerment

De vraag naar de invloed van e-health en e-health interventies op patiënt empowerment en de werkwijze van de zorgverlener staat centraal in het onderzoek. Het begrip empowerment is het centrale begrip in dit onderzoek. Het is het kader dat dient om de gevonden data te analyseren. In dit hoofdstuk wordt deelvraag twee beantwoord om te komen tot een theoretisch kader voor empowerment, het conceptueel model.

Hoe is het concept empowerment in de zorg te definiëren en wat zijn de aspecten voor patiënt en zorgverlener?

3.1 Werkwijze

Het conceptueel model voor empowerment is ontwikkeld op basis van literatuurstudie. Via een internetsearch met zoekterm empowerment is gezocht naar relevante documenten. Uit het gevonden materiaal werd duidelijk dat ervaringsdeskundigheid en cliëntparticipatie in dit kader kernthema's zijn. Dit is getoetst in een interview met een medewerker van het lectoraat Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid, Hanzehogeschool Groningen. Dit heeft geleid tot de vaststelling van de drie kernthema's: *ervaringsdeskundigheid* van patiënten, *cliëntparticipatie*, en *empowerment* van patiënten. In de uitwerking van de literatuurstudie zijn deze drie thema's als leidraad genomen. De gevonden literatuur had grotendeels betrekking op de patiënt en diens rol in de zorgverlening. Om meer informatie te vinden voor de uitwerking van het model voor de zorgverlener is gekeken naar wat er bekend is over empowerment op organisatieniveau, onder andere vanuit managementliteratuur. De gevonden thema's voor patiënt en professional zijn inhoudelijk uitgewerkt en de onderlinge relatie is verkend. Op deze wijze is een eerste conceptueel model voor empowerment in de zorg ontwikkeld. Dit is in de interviews ter toetsing voorgelegd aan de e-health experts. De bevinding was dat men zich kon vinden in het ontwikkelde model, er waren slechts enkele kleine aanvullende opmerkingen. Deze zijn verwerkt in het resultaat; het antwoord op de eerste deelvraag en de beschrijving van het conceptuele model voor empowerment voor de patiënt en de zorgverlener.

3.2 Ervaringsdeskundigheid, cliëntparticipatie en empowerment

De drie kernthema's die als leidraad genomen zijn worden hieronder kort toegelicht. Als eerste wordt ingegaan op de betekenis van de thema's ervaringsdeskundigheid en participatie voor zowel patiënt als zorgverlener. Vervolgens wordt het begrip empowerment verkend vanuit het perspectief van de patiënt en de zorgverlener. Daarna wordt de onderlinge relatie van de kernthema's en wisselwerking hierin tussen patiënt en zorgverlener beschreven en in een model weergegeven.

3.2.1 Ervaringsdeskundigheid en participatie

Ervaringsdeskundigheid of ervaringskennis is kennis van de patiënt over zijn ziekte en zijn omgang met de ziekte. De patiënt brengt zijn kennis in vanuit zijn ervaring, in de gedachte dat dit door de ander serieus genomen en gewaardeerd wordt. Hij wil een samenwerkingspartner zijn. De zorgverlener biedt dit een insidersperspectief (van Regenmortel, 2009): meer begrip van de situatie van de patiënt, in aanvulling op zijn professionele kennis. Vanuit het ervaringsverhaal van de cliënt kan de zorgverlener met andere ogen de besluitvormings- en uitvoeringsverantwoordelijkheid voor de zorg bezien. De ervaringsdeskundigheid komt meer tot zijn recht als er voldoende ruimte is voor het cliëntperspectief.

Participatie is een belangrijk onderdeel van empowerment. In de gezondheidszorg is gebleken dat participatie controle geeft over de eigen omstandigheden, het eigen leven. Dit leidt tot therapeutische effecten zoals minder stress en angst (van Haaster, 2001). Bij een positieve attitude van de omgeving bevordert participatie (dialogo) patiëntempowerment. Uit de gezamenlijkheid die in de dialoog ervaren wordt gaat kracht uit, wat het gevoel van controle over je leven, je gezondheid en het vertrouwen in je eigen kunnen vergroot (Jacobs, 2008). Patiënten die meer controle ervaren over hun leven, het gevoel hebben meer invloed uit te kunnen oefenen op hun

gezondheidszorg, voelen zich ook meer verantwoordelijk voor de resultaten van de inspanningen (van Regenmortel, 2009). Zo ontstaat het cyclische proces van empowerment. De empowerde patiënt zal zijn ervaringskennis inbrengen en ruimte creëren in dialoog met de zorgverlener voor zijn perspectief, het cliëntperspectief.

3.2.2 Empowerment en patiënt

Empowerment kent meerdere definities in de literatuur. Empowerment van patiënten wordt beschreven als een proces waarbij controle, lees zeggenschap over eigen leven, een belangrijk kernbegrip is. Empowerment wordt gezien als een proces van persoonlijk en maatschappelijk sterker worden: veerkracht ontwikkelen en macht en invloed verwerven (Jacobs, 2008). Van Regenmortel (2009) voegt hier het ontwikkelen van kritisch bewustzijn en participatie aan toe. Het is een doorgaand versterkingsproces. Dit proces van empowerment verloopt via erkenning, waardering en herkenning, naar het ervaren van succes, perspectief op weg naar een hernieuwd gevoel van eigenwaarde en regie (Jacobs 2008; van Haaster & Wijnen, 2005).

Dit overziend kan een volgend grafische weergave van het proces van empowerment worden gegeven:

Proces van empowerment



3.2.3 Empowerment en zorgverlener

Empowerment op organisatieniveau heeft zijn uitwerking op de wijze waarop de zorg georganiseerd is en op de werkwijze en attitude van de zorgverlener. Vanuit de managementliteratuur is beschreven dat empowerment van medewerkers een empowerende manager vraagt. Empowerment is een proces van wederzijdse beïnvloeding, gedeelde macht en verantwoordelijkheid, dat democratisch en duurzaam is. Het is voor degene die de ander wil empoweren een proces van informeren en leren, leiding geven, maar vooral ook coachen en begeleiden, van balanceren tussen coachen en steunen enerzijds en adviseren en verantwoordelijkheid nemen anderzijds. Het is de taak van de empowerende manager c.q. hulpverlener om daarbij de ander te voorzien van hulpmiddelen en benodigde ondersteuning te creëren en aandacht te besteden aan evalueren, plannen, ontwikkelen en motiveren (Murrel & Meredith, 2000). Van Regenmortel (2009) zegt hierover dat de basis het geloof in de competentie van de patiënt, respect en wederkerigheid is. Een oog en oor hebben voor diens verhaal, om zo in dialoog vorm te geven aan passende participatie. Een empowerende hulpverlener heeft geloof in de capaciteit tot groei van de patiënt. Van Regenmortel (2009) ziet het als de taak van hulpverleners om deze capaciteit aan te spreken, er een appél op te doen.

3.2.4 Onderlinge relatie

Empowerment is een proces, van bewustwording, van je mogelijkheden om invloed uit te oefenen, keuzes te maken en mee te beslissen. De dialoog is het uitgangspunt om te werken aan empowerment en participatie (Jacobs, 2008). Deze dialoog tussen patiënt en hulpverlener is niet vrijblijvend. De inhoud dient van wezenlijk belang te zijn voor alle gespreksdeelnemers. Een wezenlijke dialoog vraagt participatie van beide partijen en denken vanuit twee perspectieven; dat van de cliënt én dat van de zorgverlener. Het vraagt de combinatie van professionele kennis en ervaringsdeskundigheid. Cliëntparticipatie vormt de basis voor de dialoog, ervaringskennis en cliëntperspectief zijn de basis voor cliëntparticipatie.

Daarmee ontstaat het volgende model dat als basis dient voor de uitwerking van de aspecten van het concept empowerment.



Model: Ervaringskennis, participatie en empowerment, S. Timmer 2010

3.3 Empowerment; voor patiënt en zorgverlener

De literatuur overziend kan gesteld worden dat empowerment in de zorg gebaseerd is op vier aspecten die betrekking hebben op de denkwijze, communicatie en uitvoering van de zorg. De vier aspecten worden hieronder toegelicht waarna deze geconcretiseerd zijn in een model en een beschrijving van empowerment voor patiënt en zorgverlener.

Centraal in het conceptuele model voor empowerment staan de aspecten *kennisinbreng* en *attitude*. Beide zijn de basis voor het denken, communiceren en uitvoeren van de zorg. Empowerment vraagt een verandering in attitude van patiënt en zorgverlener. Zodat er ruimte ontstaat voor gecombineerde, complementaire *kennisinbreng*. Het perspectief van de patiënt naast dat van de professional. *Ervaringskennis* in combinatie met *professionele kennis*. Dit leidt tot een *dialoog*. De dialoog bestaat uit gedeelde *zeggenschap* en *zelfbeschikking*. *Zeggenschap* is de mate waarin de patiënt een gelijkwaardige rol heeft in de dialoog met de zorgverlener. Dit vraagt dat beiden in staat zijn zowel hun mening te verwoorden als te luisteren naar andermans mening. *Zelfbeschikking* is het (mede) zelf kunnen bepalen, de regie kunnen voeren in de besluitvorming, keuzes en verantwoordelijkheden. De regie in de besluitvorming zou bij de patiënt moeten liggen omdat het zijn gezondheid betreft. De professional adviseert richting aanbevolen zorg, gebaseerd op de gecombineerde kennisinbreng. Het is de patiënt die uiteindelijk besluit, op basis van dialoog en gecombineerde kennisinbreng. Voor de uitvoering van de zorg geldt het laatste aspect; *samenwerking*. Dit bestaat uit *zelfbeheer* en *gezamenlijkheid*. *Zelfbeheer* staat voor de rol van de patiënt in de uitvoering van de zorg, *gezamenlijkheid* staat voor de gedeelde rol van patiënt en professional.

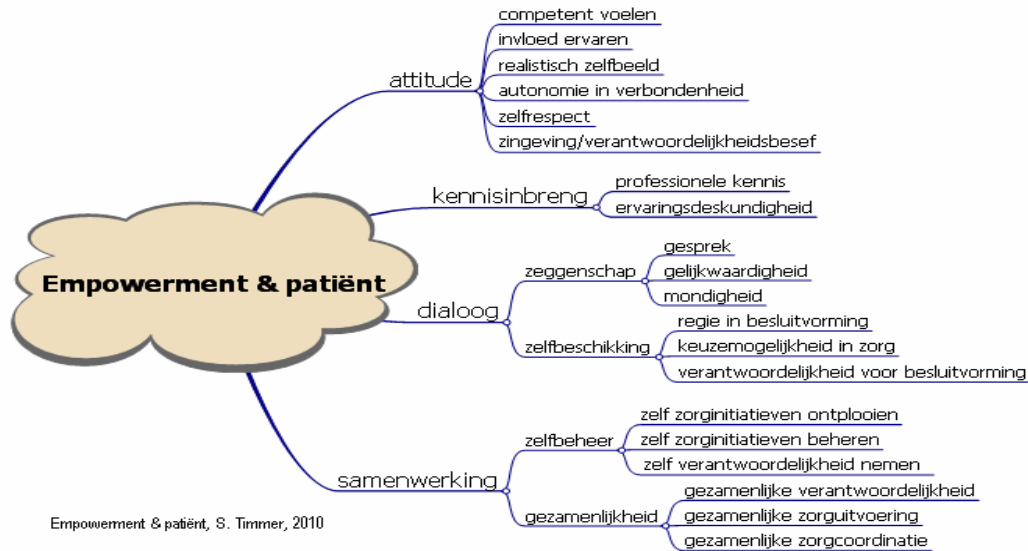
Wanneer empowerment van de patiënt en de zorg verlener vanuit de vier aspecten beschouwd wordt levert dat de beschrijving van het conceptueel model voor beiden op. In de volgende twee paragrafen zijn de aspecten en hun samenhang beschreven, voor patiënt en zorgverlener en in een model weergegeven.

3.3.1 Empowerment en patiënten

Empowerment is niet alleen een staat van zijn. Het is een voortdurend proces. Zeker bij patiënten met een chronische aandoening. Een proces van steeds weer zoeken, gebaseerd op een zich ontwikkelde of ontwikkelende basisvaardigheid om empowered te zijn. Empowerment vraagt van de patiënt dat deze zichzelf als primair verantwoordelijk voor eigen gezondheid en gezondheidszorg ziet. Dit vraagt van de patiënt dat deze zich actief opstelt, mondig is en met voldoende zelfrespect en zelfvertrouwen de *dialoog* aangaat. Dit vraagt tevens vertrouwen in eigen kunnen. Om te kunnen verwoorden wat je denkt, ervaart en wenst. Om kritisch te kunnen meedenken. Om zijn aandeel te nemen in de *kennisinbreng*. Het vraagt een *attitude* waarin men enerzijds vertrouwen in eigen kunnen heeft en erop vertrouwt in staat te zijn invloed uit te oefenen op je gezondheid en de benodigde gezondheidszorg. Maar anderzijds vraagt het ook een bereidheid tot *samenwerking* en een realistisch zelfbeeld. Van eigen mogelijkheden en beperkingen als gevolg van de

aandoening of van eigen mogelijkheden om in zelfbeheer zorginitiatieven te ontplooien. Het is een besef van autonomie in verbondenheid met een groter gezondheidszorgsysteem en andere actoren hierin, waardoor ook in gezamenlijkheid zorginitiatieven ontplooid kunnen worden.

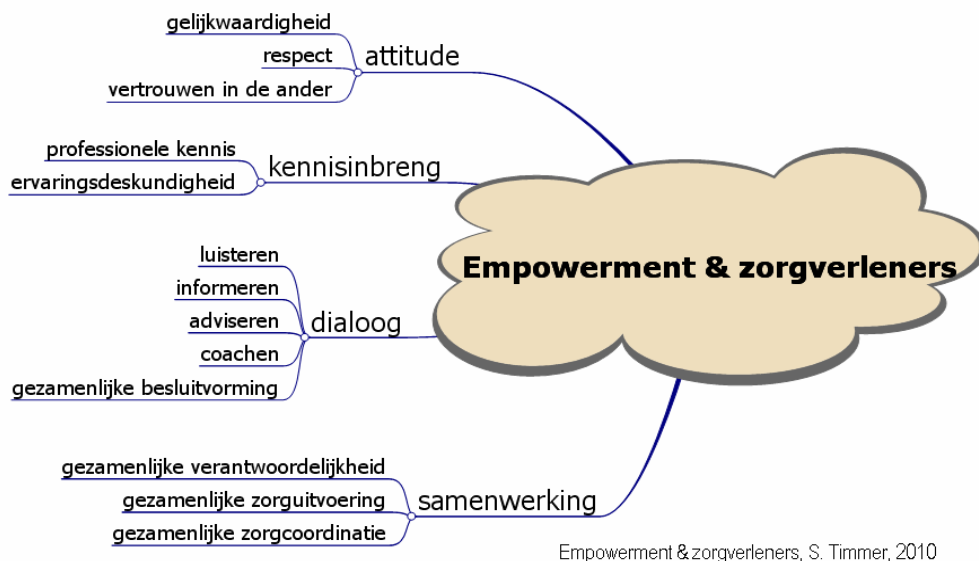
De aspecten voor patiënt empowerment zijn in onderstaand model geordend:



3.3.2 Empowerment en zorgverleners

De vertaling naar de zorgverlener is niet moeilijk. Een empowerende zorgverlener werkt vanuit een *attitude* waarin het delen van informatie (*kennisinbreng*), *dialoog* en een andere wijze van zorg verlenen centraal staan. Dit laatste is idealiter een combinatie van luisteren en aandacht geven, informatie delen en vragen, durven leren van de ander, ruimte creëren voor democratisch overleg en delen en expliciteren van verantwoordelijkheden, kortom *samenwerking*. De zorgverlener zal zijn macht in besluitvorming en uitvoering van de zorg moeten leren delen met de patiënt. Ook zal hij moeten leren de patiënt mede verantwoordelijk te laten zijn voor diens gezondheid en gezondheidszorg. Het vraagt van de zorgverlener om niet alleen zorg te verlenen, maar te investeren in een duurzame samenwerkingsrelatie met de zorgvrager.

Voor de zorgverlener zijn in onderstaand model de vier aspecten en de uitwerking daarvan weergegeven.



Afsluitend

Verduidelijking van het begrip empowerment was noodzakelijk omdat dit het theoretisch kader is waarmee de gevonden informatie over e-health en e-health interventies gezien zal worden. Het begrip is uitgewerkt en bestaat uit de vier aspecten attitude, kennisinbreng, dialoog en samenwerking. Alhoewel voor patiënt en zorgverlener dezelfde aspecten het conceptuele model vormen, is de invulling hiervan voor beiden verschillend. Dat blijkt uit de subaspecten waarmee de modellen ingevuld zijn. Zo bestaat bijvoorbeeld attitude bij de patiënt vooral uit subaspecten die betrekking hebben op de patiënt, denk onder andere aan zich competent voelen en invloed ervaren. De invulling van de attitude van de zorgverlener is meer vanuit de relatie ingevuld met subaspecten als gelijkwaardigheid en vertrouwen in de ander. Een ander opvallend verschil betreft het aspect samenwerking. Voor de patiënt bevat dit ook het subaspect zelfbeheer wat staat voor het in eigen beheer zonder tussenkomst van de zorgverlener uitvoeren van zorginitiatieven. Dit subaspect ontbreekt logischerwijs bij het model voor de zorgverlener.

Nu dit begrip is uitgewerkt tot een conceptueel model kan de stap naar de invloed van e-health en e-health interventies op patiënt en zorgverlener gemaakt worden, deelvraag drie en vier. In de volgende twee hoofdstukken staan de resultaten hiervan beschreven.

4 Invloed op empowerment van de patiënt

Nu de kaders voor empowerment gedefinieerd zijn en de ordening voor de interventies bepaald is, kan gekeken worden naar de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt. Daarmee wordt een antwoord gegeven op een deel van de vraagstelling. In dit hoofdstuk staat daarom de volgende deelvraag centraal:

Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt?

De vraag naar de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt is getrapd beantwoord. Als eerste is gekeken naar de resultaten voor e-health. Daarbij is eerst vanuit de literatuur en interviews de invloed beschreven, dit is terug te vinden in bijlage een. De vergelijking van de bevindingen vanuit literatuur en interviews heeft geresulteerd in de beschrijving van de invloed van e-health op patiëntempowerment (paragraaf 4.2). Vervolgens is gekeken naar de invloed van de e-health interventies. Ook hier zijn de resultaten van de interviews en literatuur afzonderlijk gezien (zie bijlage drie) en vervolgens vergeleken om tot een beschrijving van de invloed van de interventies te komen (zie paragraaf 4.3). Een vergelijk van beide resultaten, de invloed van e-health én de invloed van e-health interventies, heeft geleid tot beantwoording van deelvraag drie (paragraaf 4.4).

4.1 Dataverzameling en analyse

Hieronder is beschreven hoe de data voor onderzoeksvraag drie en vier verzameld en geanalyseerd zijn. Omdat de werkwijze bij beide deelvragen gelijk is, is onderstaande beschrijving voor beide van toepassing.

Het onderzoek naar de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt (vraag drie) en de werkwijze van de zorgverlener (vraag vier) bestond uit een literatuuronderzoek en interviews met deskundigen. Doel van de interviewronde was aanvullende informatie op de literatuur te verkrijgen. De opzet was om de resultaten van beide bronnen te kunnen vergelijken. De literatuurstudie en de interviewronde zijn daarom als twee aparte onderzoekstrajecten behandeld tijdens de analyse.

De literatuursearch heeft een groot aantal documenten en beperkter aantal boeken opgeleverd uit verschillende zorgsectoren. Vervolgens is een eerste ruwe selectie van de gevonden teksten gemaakt, waarbij relevante tekstpassages verzameld zijn. Deze zijn geanalyseerd met behulp van het tekstanalyse programma Kwalitan. Dit coderingsproces is gestart met codering van zevental documenten waarbij bewust gekozen is voor documenten met verschillende invalshoeken: uit verschillende zorgvelden, over verschillende e-health interventies, vanuit patiënt- of deskundigenperspectief. Hieruit ontstond een codelijst die als basis voor de analyse van de overige teksten diende. Het was een dynamische lijst, waar indien nodig codes toegevoegd of samengevoegd werden. Vervolgens zijn de teksten per code gezien vanuit de vier aspecten voor empowerment. Daarmee wordt vanuit de methodiek van open coderen de verbinding gemaakt met de empowerment aspecten.

Voor de interviews zijn deskundigen gezocht met expertise uit verschillende invalshoeken op het gebied van e-health. De lijst van geïnterviewden is te vinden in bijlage vier. De deskundigen zijn in de interviewronde op semi-structureerde wijze bevraagd. Er is een topiclijst gebruikt, ontstaan uit de codering van de eerste documenten. De ordening van de e-health interventies waren onderdeel van de topiclijst. De interviews zijn opgenomen en letterlijk uitgetypt en ter controle nagelezen door de onderzoeker. Voor de codering van de interviews is gestart met een nieuwe codelijst en is eenzelfde werkwijze als bij de literatuur gehanteerd. Vervolgens is de verbinding gemaakt met de aspecten van het model van empowerment.

4.2 Invloed van e-health op de aspecten van empowerment

De vergelijking van de resultaten vanuit interviews en literatuur heeft geleid tot onderstaande beschrijving van de invloed van e-health op empowerment van de patiënt. Een uitgebreidere beschrijving van de resultaten vanuit interviews en de literatuur is te vinden in bijlage een.

Attitude: E-health creëert mogelijkheden voor patiënten om meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en gezondheidszorg te nemen, onder andere vanwege de toegenomen beschikbaarheid van de zorginterventie of zorgverlener. Door gebruik van e-health worden andere woon- of woonzorgvormen mogelijk waardoor zelfstandigheid en autonomie langer behouden blijven. E-health biedt niet alleen mogelijkheden om verantwoordelijkheid te nemen, het vraagt tevens van de patiënt een houding met meer verantwoordelijkheidsbesef, voor diens aandoening en gezondheid.

Kennisinbreng: E-health creëert mogelijkheden om gedeelde kennisinbreng in het zorgproces of zorgcontact te bevorderen, met name door de informatieontsluiting van zowel professionele deskundigheid als ervaringsdeskundigheid, over aandoeningen, gezondheidszorg en de zorgverlening. Opvallend is dat naar voren komt dat ervaringskennis in de ontwikkeling van e-health onvoldoende een rol speelt.

Dialoog: Door e-health ontstaan er voor patiënten meer mogelijkheden voor zeggenschap (gesprekspartner zijn) en zelfbeschikking (zelf kunnen bepalen) in gesprek met de zorgverlener. Patiënten zijn beter geïnformeerd en daardoor mondiger. De regie verschuift voorzichtig richting de patiënt. Patiënten stellen zich meer op als gesprekspartner en worden ook meer en meer zo gezien. E-health stimuleert de gelijkwaardigheid en zeggenschap in de dialoog.

Samenwerking: E-health creëert meer mogelijkheden voor zelfbeheer (het op eigen initiatief uitvoeren van benodigde zorg) en gezamenlijkheid. Hierbij komen vooral de mogelijkheden voor gezamenlijke verantwoordelijkheid en gezamenlijke zorguitvoering sterk naar voren.

4.3 Invloed van e-health interventies op de aspecten van empowerment

In deze paragraaf wordt meer gedetailleerd stilgestaan bij de invloed van de verschillende e-health interventies op patiënt empowerment. In de tabel op pagina vijftwintig zijn de bevindingen vanuit literatuur en interviews naast elkaar gezet. In bijlage drie zijn de bevindingen, vanuit literatuur en interviews, over de invloed van de verschillende e-health interventies op de aspecten van empowerment van de patiënt, uitgebreider weergegeven.

Bij de interviews zijn niet alle e-health interventies aan de orde gekomen. Zo bleek achteraf dat er geen informatie was over online behandeling en e-communicatie. Videocommunicatie is alleen als onderdeel van zorg-op-afstand aan de orde gekomen. Telemedicine en telecare, onderdeel van ZTT, zijn als termen in de interviews niet gebruikt. Waar geen informatie beschikbaar was vanuit de interviews is dit in de tabel op pagina vijftwintig aangegeven.

De bevindingen vanuit de literatuur en interviews overziend, kan geconstateerd worden dat het beeld bij beide grotendeels overeen komt. Kijkend naar de tabel op pagina vijftwintig is zichtbaar dat alle e-health interventies voor patiënten empowerende kwaliteiten hebben.

De invloed op de attitude komt terug bij alle interventies, maar wat beperkt. Vooral genoemd wordt de invloed op het gevoel van competentie, de verantwoordelijkheid en het behoud van autonomie. Hierbij valt op dat voor e-communicatie en PHR nog geen informatie gevonden is over de invloed op de attitude.

Kennisinbreng komt bij een groot deel van de interventies terug. Daarbij wordt duidelijk dat gedeelde kennisinbreng vooral bevorderd wordt door online informatie, social media, e-communicatie en PHR. Online

informatie speelt een belangrijke rol in het proces van empowerment van de patiënt. De online kennisontsluiting creëert de mogelijkheid voor patiënten zichzelf beter te informeren, meer te weten over hun aandoening en zorgproces. Ook draagt online informatie eraan bij dat de beide kennissoorten meer als complementaire kennissoorten betrokken worden in het proces van zorgverlening.

Opvallend hierbij zijn internetapplicaties als twitter of weblogs en de rol die zij voor patiënten vervullen in omgang met hun aandoening, hun gezondheidsproces. De empowerende waarde van e-health ligt niet alleen bij e-health en e-health interventies maar ook in de brede benutting van Internet door patiënten. Dit zal van invloed zijn op de gezondheidszorg. Het leidt tot een verschuiving van 'opinion leaders', van alleen professionele experts naar professionele én patiëntexperts. Dit ondersteunt kennisinbreng van patiënten. Via social media kunnen patiënten hun ervaringsdeskundigheid uiten. Gebruik van social media geeft hen een "stem". Ook worden deze applicaties gebruikt dóór patiënten vóór patiënten, om elkaar via kennis of uitwisseling psychosociaal te ondersteunen. Dit is empowerment via het aspect kennisinbreng.

Wat verder opvalt is dat kennisinbreng niet genoemd wordt als mogelijk resultaat van domotica, ZTT, zelftesten of de online cursus. Dat kennisinbreng niet terugkomt bij zelftesten of online cursus is mogelijk te verklaren omdat deze interventies veelal in eigen beheer door de patiënt gedaan worden.

Beter geïnformeerd zijn als patiënt, als gevolg van online informatie en social media, draagt bij aan meer gelijkwaardigheid in de dialogo en zorgt voor een rolverschuiving in de relatie met de zorgverlener. De toename van contactmogelijkheden, die ontstaat als gevolg van e-health interventies zoals e-communicatie, een PHR maar ook zorg-op-afstand, telecare en telemedicine, draagt bij aan een betere bereikbaarheid van de zorgverlener en vergroten daarmee de mogelijkheden voor dialogo en samenwerking. Een dialoog over de benodigde zorg, over te maken keuzes en samenwerking in de zorgcoördinatie en uitvoering. Bij dat laatste is een nieuw fenomeen als gevolg van e-health dat de patiënt zelf een deel van de zorg kan uitvoeren. Ofwel in zelfbeheer, of in gezamenlijkheid met de zorgverlener.

Verder analyserend valt op dat de interventies te splitsen zijn naar interventies die de patiënt met en zonder betrokkenheid van de zorgverlener kan gebruiken. Kijkend naar de uitkomsten op dialogo en samenwerking dan lijkt de betrokkenheid van de zorgverlener een rol te spelen in de empowerende waarde van de interventies. Voor interventies die de patiënt kan benutten zonder directe betrokkenheid van een zorgverlener komt naar voren dat deze sterk de mogelijkheden tot zeggenschap, zelfbeschikking, en zelfbeheer bevorderen. Denk aan online informatie, social media, gebruik van zelftesten en online cursussen of behandeling zonder begeleiding. Voor interventies waar een zorgverlener bij betrokken is, komt naar voren dat deze vooral de dialoog en samenwerking (gezamenlijkheid) bevorderen.

4.4 Invloed op empowerment van de patiënt: nader beschouwd

Een vergelijking van de resultaten van de invloed van e-health en de resultaten van de invloed van de e-health interventies op de empowerment aspecten leidt tot het antwoord op de volgende deelvraag:

Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt?

Op basis van het uitkomsten van literatuuronderzoek en interviews kan het volgende gezegd worden over de vraag naar de invloed van e-health (interventies) op empowerment van de patiënt. Belangrijk is op te merken dat er geen antwoord te geven is over de daadwerkelijke empowerende bijdrage, omdat er geen onderzoeksdata zijn gevonden waarin patiënt empowerment gemeten is. Wel zijn er uitspraken te doen over de mogelijkheden tot empowerment die e-health en e-health interventies creëren. Deze worden hier beschreven.

E-health en e-health interventies creëren mogelijkheden om op alle vier de aspecten van empowerment van de patiënt positieve invloed te hebben. Een regieverschuiving wordt voorzichtig zichtbaar, in de dialoog, in de samenwerking en in de omgang met kennis. E-health en e-health interventies verbeteren de mogelijkheden voor

de patiënt om een centralere rol te spelen in zijn zorgproces. Zo vragen en bevorderen e-health en de e-health interventies een andere attitude van de patiënt. Een attitude met meer eigen verantwoordelijkheid en behoud van autonomie. Een groot aantal e-health interventies kunnen het gevoel van competentie positief beïnvloeden, denk aan online informatie, social media, zelftesten, maar ook online behandeling, domotica of ZTT. Verder is over de invloed op de attitude is nog weinig bekend, mogelijk omdat e-health en e-health interventies nog een redelijk nieuwe fenomenen zijn, die hun beslag op attitude van de patiënt nog moeten krijgen.

Ook uit de toegenomen mogelijkheden tot kennisdeling blijkt dat e-health empowerment kan bevorderen. E-health als fenomeen faciliteert gedeelde kennisinbreng. Op interventieniveau lijken vooral online informatie, social media, e-communicatie en PHR hieraan een bijdrage te kunnen leveren.

Voor dialoog en samenwerking geldt dat e-health in zijn algemeenheid eraan bij kan dragen dat de patiënt meer de regie krijgt in zijn zorgproces: een gesprekspartner wordt en mede verantwoordelijk wordt voor de zorgverlening. Op interventieniveau is een splitsing te maken in interventies voor de patiënt met betrokkenheid van een zorgverlener (in gezamenlijkheid) en zonder betrokkenheid van een zorgverlener (in zelfbeheer). Deze hebben een andere invloed op patiënt empowerment. Dit blijkt uit de toegenomen mogelijkheden tot zelfbeheer en zelfbeschikking voor e-health interventies die patiënten zonder tussenkomst van een zorgverlener kunnen gebruiken. Waar het interventies betreft waar patiënt en zorgverlener beiden mee te maken hebben ontstaat er meer gezamenlijkheid en een gelijkwaardige dialoog, onder andere door de toegenomen mogelijkheden tot kennisdeling. Patiënt en zorgverlener kunnen hierdoor meer en meer een samenwerkingsrelatie krijgen.

Interventies		Patiënt	Zorgverlener
online informatie	i	Kennisinbreng Dialoog (zeggenschap & zelfbeschikking) Samenwerking (zelfbeheer & gezamenlijkheid)	Dialoog (rolverschuiving van expert naar coach-adviseur)
	L	Attitude (competentie, invloed, autonomie, realisme) Kennisinbreng Dialoog (zeggenschap & zelfbeschikking) Samenwerking (zelfbeheer & gezamenlijkheid)	Attitude (gelijkwaardigheid & respect) Kennisinbreng (online aanwezig & actief kennissoorten combineren) Dialoog (rolverschuiving van expert naar coach-adviseur, van kennisoverdracht naar verdieping)
social media	i	Kennisinbreng	Kennisinbreng (online actieve aanwezigheid, gedeelde expertise & leren van ervaringskennis) Dialoog (gelijkwaardigheid)
	L	Attitude (competentie, zingeving, autonomie) Kennisinbreng Dialoog (zeggenschap & zelfbeschikking) Samenwerking (gezamenlijkheid)	Kennisinbreng (online actieve aanwezigheid, gedeelde expertise & leren van ervaringskennis) Samenwerking (nieuwe machtsverhouding)
zelftesten	i	Dialoog (zelfbeschikking & zeggenschap) Samenwerking (zelfbeheer)	Dialoog (coachend adviseren)
	L	Attitude (competentie) Dialoog (zelfbeschikking & zelfbeheer) Samenwerking (zelfbeheer)	Samenwerking (gedeelde besluitvorming)
e-comm.	i	Geen informatie	Geen informatie
	L	Kennisinbreng Dialoog (zeggenschap & zelfbeschikking) Samenwerking (Zelfbeheer)	Attitude (online contacttijd creëren) Kennisinbreng (gestandaardiseerd via beslisbomen, versterkt ervaringskennis) Samenwerking (gezamenlijkheid)
PHR	i	Kennisinbreng Samenwerking (gezamenlijkheid)	Kennisinbreng : (ervaringsdeskundigheid) Samenwerking (gezamenlijkheid)
	L	Kennisinbreng Dialoog (zelfbeschikking) Samenwerking (zelfbeheer & gezamenlijkheid)	Geen informatie
cursus	i	Samenwerking (Zelfbeheer)	Geen informatie
	L	Attitude (zelfrespect & verantwoordelijkheid) Kennisinbreng Dialoog (zeggenschap & zelfbeschikking) Samenwerking (Zelfbeheer)	Kennisinbreng (vooraf gestandaardiseerd) Dialoog (volgend, andere communicatiestijl en methodiek) Samenwerking (regie ligt bij de patient)
Behandeling	i	Geen informatie	Geen informatie
	L	Attitude (zelfrespect, zelfbeeld & competentie) Kennisinbreng Dialoog (zelfbeschikking) Samenwerking (zelfbeheer)	Attitude (vertrouwen & respect) Kennisinbreng (vooraf & minder tijdens) Dialoog (andere communicatiestijl en methodiek) Samenwerking (volgend)
domotica	i	Attitude (autonomie)	Dialoog (ethische dilemma's) Samenwerking (gedeelde verantwoordelijkheid)
	L	Attitude (autonomie & competentie) Dialoog (zeggenschap & zelfbeschikking) Samenwerking	Samenwerking (gedeelde verantwoordelijkheid)
ZTT	i	Attitude (autonomie & competentie) Dialoog (zeggenschap) Samenwerking (zelfbeheer)	Kennisinbreng (meer informatie over functioneren patiënt)
	L	Attitude (competentie & autonomie) Kennisinbreng Dialoog (zeggenschap) Samenwerking (zelfbeheer & gezamenlijkheid)	Kennisinbreng (meer informatie over functioneren patiënt) Dialoog (rol van coach en coördinator wordt sterker) Samenwerking (gezamenlijke zorguitvoering, taakverschuiving)

Tabel 2: Invloed e-health interventies op patiënt en zorgverlener
i is informatie vanuit de interviews, L is informatie vanuit de literatuur.

5. Invloed op de werkwijze van de zorgverlener

De centrale vraag richt zich naast de invloed op empowerment van de patiënt ook op de invloed op de werkwijze van de zorgverlener. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vierde deelvraag:

Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener?

Onderstaand zijn, na de toelichting op de aanpak, als eerste de bevindingen voor de invloed van e-health beschreven. Op basis van een vergelijking van de uitkomsten van literatuuronderzoek en interviews (zie bijlage twee) is beschreven wat de invloed van e-health is op de zorgverlener (paragraaf 5.2). Vervolgens is meer gedetailleerd gekeken naar de invloed van de verschillende e-health interventies. Ook hier zijn de bevindingen vanuit literatuur en onderzoek beschreven (zie bijlage drie) waarna beschreven is wat de invloed is van de interventies op de werkwijze van de zorgverlener (paragraaf 5.3). Een vergelijk van beide resultaten, invloed van e-health en de invloed van e-health interventies, heeft geleid tot beantwoording van bovenstaande deelvraag in paragraaf 5.4.

5.1 Dataverzameling en analyse

De wijze waarop de informatie uit het literatuuronderzoek en de interviews voor deze deelvraag is verwerkt is identiek aan de werkwijze bij de vorige deelvraag. Vanuit literatuur en interviews is het verzamelde materiaal via open codering geanalyseerd. Vervolgens zijn de geordende teksten bezien vanuit de vier aspecten voor empowerment. Daarmee wordt vanuit de methodiek van open coderen de verbinding gemaakt met de empowerment aspecten voor de zorgverlener. Voor uitgebreidere informatie over de werkwijze wordt verwezen naar paragraaf 4.1

De analyse is toegespitst op de invloed op de vier empowerment aspecten, omdat het onderzoek empowerment als focus heeft. Overige bevindingen over de impact van e-health en e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener zijn vanuit dat perspectief minder relevant en hier dus buiten beschouwing gelaten.

5.2 Invloed van e-health op de aspecten van empowerment

In deze paragraaf is beschreven wat de invloed van e-health is op de werkwijze van de zorgverlener. Deze uitkomst is gebaseerd op de vergelijking van de bevindingen uit de literatuur en interviews. De beschrijving hiervan is terug te vinden in bijlage twee.

Attitude: e-health vraagt van de zorgverlener een wijziging in attitude. Het vraagt een open houding ten opzichte van samenwerking, vanuit een gelijkwaardige relatie, met vertrouwen in de patiënt als samenwerkingspartner. De zorgverlener dient hierbij te streven naar empowerment maar tegelijkertijd oog te houden voor de patiënt en zijn keuze te respecteren.

Kennisinbreng: e-health creëert mogelijkheden voor gecombineerde kennisinbreng; professionele en ervaringskennis. Dit kan toekomstig ook betekenen dat de zorgverlener mede verantwoordelijk is voor gecombineerde kennisinbreng. Voor de zorgverlener betekent dit ruimte maken voor ervaringsdeskundigheid en informatie van en door patiënten integreren in de zorgverlening.

Dialoog: E-health creëert mogelijkheden voor uitwisseling en dialoog tussen zorgverlener en patiënt. Dit vraagt een andere beschikbaarheid (niet alleen kantoortijden). Ook vraagt het een andere contactvorm van de zorgverlener, namelijk online beschikbaarheid en online contact in plaats van óf in combinatie met fysiek contact. Tevens kan als gevolg van e-health de rol van de zorgverlener in de dialoog veranderen, van

deskundige naar coach, adviseur. Een aandachtspunt voor de zorgverlener is de gedeelde verantwoordelijkheid en samenwerking met de patiënt, in de informatievoorziening, maar ook in de besluitvorming.

Samenwerking: e-health kan een regieverschuiving en taakverandering te weeg brengen, er ontstaan mogelijkheden tot samenwerking en andersoortige zorgverlening. De zorgverlener is daarmee niet langer alleen zorguitvoerder en expert, maar wordt zorguitvoerder en coördinator in samenwerking met de patiënt. De mogelijkheden om op afstand aanwezig te zijn vragen ook een andere werkwijze; een andere beschikbaarheid en andere taakinfilling. Daarbij zijn vooral goede communicatie, transparante afstemming over taken en verantwoordelijkheden, over informatiedeling en privacy en de uitvoering van zorgtaken van belang. Dit vraagt mogelijk een herziening van het functieprofiel van de zorgverlener.

5.3 Invloed van e-health interventies op de aspecten van empowerment

Hieronder wordt vanuit de verschillende e-health interventies de invloed op de werkwijze van de zorgverlener beschreven. In de tabel op pagina vijftwintig zijn de bevindingen vanuit literatuur en interviews naast elkaar gezet. In bijlage drie is de uitwerking van de bevindingen uit de interviews en de literatuur na te lezen.

De interviews maar ook het literatuur onderzoek maken duidelijk dat er maar beperkt informatie aanwezig was over de invloed van e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener. In de interviews was geen informatie te vinden over online cursus en online behandeling. Dat is niet zo verrassend omdat een groot deel van deze interventies zonder tussenkomst van een zorgverlener door de patiënt in eigen beheer gedaan kunnen worden. Wel verrassend is dat er geen informatie vanuit de interviews over e-communicatie te vinden was. Terwijl dit betrekking heeft op de wijze waarop patiënt en zorgverlener het contact onderhouden. De beperkte hoeveelheid informatie maakt het lastig uitspraken te doen over de invloed van e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener. Onderstaande beschrijving laat enkele opvallende bevindingen zien.

Gevonden informatie laat zien dat werken met e-health een voorzichtige verandering in de werkwijze van de zorgverlener te weeg brengt. Maar met de nadruk op voorzichtig. Het totaal aan informatie beziend, komt bij alle interventies de vraag om regieverschuiving terug. Ofwel in de dialoog, ofwel in de samenwerking.

De regieverschuiving komt het duidelijkste terug bij online informatie en zorg-op-afstand/telemedicine/telecare (ZTT), waar een rolverandering zichtbaar wordt, die invloed heeft op de dialoog en wijze van samenwerken en de inbreng en benutting van de beide kennissoorten in de behandeling. Vooral bij ZTT kwam in de onderzoeken met regelmaat terug dat dit de taak en functie van de zorgverlener beïnvloed, evenals de werkprocessen en protocollen. Een noodzaak tot transparantie en goede communicatie en gezamenlijke besluitvorming met de patiënt werd hierbij genoemd. Voor online cursus en online communicatie is in theorie beschreven, wat de impact op de werkwijze van de zorgverlener is. Een andere communicatiestijl, andere aandachtspunten in de communicatie en een andere rolverdeling worden hierbij nadrukkelijk genoemd. In de onderzoeken was hierover echter minimaal informatie te vinden. Bij online informatie bleek dat zorgverleners dit nu schoorvoetend een plek in het zorgproces geven. Naar voren kwam dat E-communicatie nog maar mondjesmaat wordt toegepast terwijl de roep van de patiënten om e-communicatie groter is dan het aantal zorgverleners dat dit biedt. Opvallend is echter dat er nauwelijks informatie te vinden is over de impact van een PHR op de zorgverlener, terwijl dit een grote stap met invloed op de samenwerking en rolverdeling lijkt. Zo kan logischerwijs veronderstelt worden dat de zorgverlener in zijn rapportage de informatie zo moet opnemen dat de patiënt deze kan begrijpen, of in de contacten aandacht aan toelichting van beider rapportages dient te besteden. Dit vraagt een andere attitude en andere inzet in de dialoog. De invloed van de beschikbaarheid van kennis voor de patiënt komt bij het merendeel van de interventies terug. Dit vraagt van de zorgverlener kennis online te delen, online beschikbaar te maken. Voor de attitude kan opgemerkt worden dat hierover op interventieniveau weinig informatie te vinden was. In het literatuuronderzoek kwam slechts bij twee interventies de vraag om meer gelijkwaardigheid en respect terug.

Te concluderen is dat de vertaling van werken met e-health interventies naar de dagelijkse praktijk en werkwijze van de zorgverlener nog veel aandacht behoeft. Dit blijkt ook het gegeven dat in meerdere rapportages genoemd werd dat e-health interventies onderdeel zouden moeten zijn van het onderwijscurriculum van de zorgverlener. Training en scholing van de zorgverlener die moet werken met e-health interventies schiet te kort, in alle sectoren. De vertaalslag, de invloed van e-health interventies op de werkwijze en attitude van de zorgverlener en wijze waarop deze de zorgrelatie met de patiënt invult, staat nog in de kinderschoenen.

5.4 Invloed op de werkwijze van de zorgverlener: nader beschouwd

Een vergelijking van de resultaten van de invloed van e-health en de resultaten van de invloed van de e-health interventies leidt tot het antwoord op de volgende deelvraag:

Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener?

Het onderzoek naar de invloed van e-health als fenomeen op de werkwijze van de zorgverlener laat een verandering in denken over de rolverdeling in de zorg zien. Een verandering op hoofdlijnen. E-health kan vooral de beweging van regieverschuiving in de zorg ondersteunen. Dit heeft invloed op de werkwijze van de zorgverlener. Het vraagt een open attitude voor de kansen op samenwerking met de patiënt en biedt en mogelijkheden voor dialoog met de patiënt als gesprekspartner of gezamenlijkheid in het zorgproces. Dit is een regieverschuiving richting de patiënt. Voor de zorgverlener kan dit betekenen dat deze ruimte dient te maken, of te geven, voor de inbreng van de patiënt; in kennis, dialoog en samenwerking. Dit vraagt van de zorgverlener andere vaardigheden en een verandering in werkwijze (geen kantoortijdenmentaliteit) en mogelijk een taakherziening. E-health heeft invloed op de online en offline (face-to-face) zorgverlening. Dit is invloed op hoofdlijnen. De werkelijke concretisering wordt zichtbaar in de vertaalslag van de invloed van de e-health interventies naar de dagelijkse werkwijze van de zorgverlener. Uit onderzoek naar de invloed van de verschillende e-health interventies wordt duidelijk dat dit mogelijkheden voor regieverschuiving creëert en een andere werkwijze vraagt. De kennisinbreng verschuift deels naar de patiënt, daarmee wordt de zorgverlener meer deskundig coach dan bepalend expert. Dit kan impact hebben op de dialoog en samenwerking, die beiden meer vanuit gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid ingevuld dienen te worden. Maar ook wordt duidelijk dat de vertaalslag van werken met e-health interventies in de zorgpraktijk nog onvoldoende gemaakt is. De verandering in werkwijze is slechts bij een beperkt aantal koplopers gemaakt, hun bevindingen zijn terug te vinden in de onderzoeksrapporten. Deze bevindingen zijn daarmee niet te generaliseren als gangbare praktijk en algemene invloed op de werkwijze van de zorgverlener. Wel laten de bevindingen zien wat de mogelijke invloed kan zijn. Daar kunnen zorgverleners die willen werken met e-health maar ook opleidingen hun voordeel mee doen. Dat is de waarde van deze uitkomst.

6 Invloed e-health interventies per fase

Nu duidelijk is wat de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener is, is de volgende stap de verkenning van de impact tijdens het zorgproces. De invloed van e-health en e-health interventies zijn beschouwd in zijn algemeenheid. Het zorgproces kent echter meerdere fasen. De waarde van de bevindingen over de invloed van e-health en e-health interventies neemt toe door deze te koppelen aan het moment in het zorgproces waarop de invloed zichtbaar wordt. Hiermee wordt tevens een beeld verkregen van kansen voor benutting van de e-health interventies voor patiënt empowerment tijdens de verschillende fasen van het zorgproces. In dit hoofdstuk staat daarom de volgende onderzoeksvraag centraal:

Tijdens welke fase in het zorgproces is de invloed van de verschillende e-health interventies zichtbaar?

6.1 Inleiding

Om een uitspraak te kunnen doen over de fase waarin de invloed van e-health interventies zichtbaar is, was het nodig de fasen in het zorgproces te beschrijven. De verschillende fasen van een zorgproces zijn gedefinieerd in paragraaf 6.2. Daarbij is gekeken naar een fasering die in alle zorgsectoren toepasbaar is. De keuze is gemaakt om te spreken over een zorgproces, omdat dit de inhoud dekt van zowel het zorg- en begeleidingsproces als ook het behandelproces, in alle zorgsectoren. Om te komen tot een ordening van fasen in het zorgproces zijn de verschillende fasen van het zorgproces, voor de care en de cure vergeleken. Daarbij is uitgegaan van de gangbare mening in de gezondheidszorg over het verloop van een zorgproces. Dit heeft geleid tot de beschrijving van de fasering. Ter toetsing is de fasering van het zorgproces tijdens de interviews voorgelegd aan de deskundigen. Vervolgens is in kaart gebracht tijdens welke fase in het zorgproces de verschillende e-health interventies van invloed zijn. Dit is beschreven in paragraaf 6.3.

6.2 Ordening fasen in het zorgproces

In de vergelijking van de fasen van het zorg en/of behandelproces in de care en de cure bleek dat de fasen in het proces gelijk zijn, maar de naamgeving anders is. Dat begint al bij de vraag of er gesproken wordt van een behandelproces of een begeleidings- of zorgverleningsproces. In de cure spreekt men logischerwijs van behandelen, terwijl in de care meer de nadruk ligt op de begeleiding of zorg. In de cure spreekt men van aandoeningen, in de care staat de zorgvraag, zorgbehoefte centraal. Het gaat zowel in de cure als in de care om een gezondheidsprobleem dat zorg vraagt. Als we kijken naar de fasering van het zorgproces in de cure dan wordt met bovenstaande verbreding duidelijk dat deze fasering ook bruikbaar is in de care. Ook daar moet gesignaleerd worden of er een zorg- of begeleidingbehoefte is, om vervolgens in de diagnosefase te bepalen wat deze behoefte precies inhoudt. Pas dan kan er een indicatie gesteld worden voor de benodigde begeleiding of zorg. Als duidelijk is welke zorg geïndiceerd is, komt men in de planningsfase, waarbij bepaald wordt welke uitvoerder welke zorg of begeleidingstaak op zich neemt. Dan volgt de fase van zorguitvoering, de behandelphase in de cure, de begeleidings c.q. verzorgingsfase in de care. Het verschil is dat deze fase in de care een andere focus kan hebben en oneindig kan zijn. De focus kan liggen op ondersteuning of begeleiding, maar ook op zelfmanagement van een chronische ziekte. Allemaal te scharen onder de fase zorguitvoering. Met enige regelmaat zal, in de care en in de cure, de geboden zorg afgezet worden tegen de zorgvraag; de evaluatie. De daaropvolgende fase kan zijn beëindiging, maar ook een doorgaand begeleidingsproces. Dit is vergelijkbaar met de fase van nazorg en monitoring. Met dat verschil dat in de care de zorgintensiteit mogelijk niet afneemt, maar misschien zelfs toeneemt wanneer er sprake is van een chronische ziekte in combinatie met ouderdom. Echter ook langdurig ziektemanagement, bijvoorbeeld bij aandoeningen zoals diabetes of schizofrenie, valt onder de fase van nazorg en monitoring.

De volgende fasering van een zorgproces is het uitgangspunt van interventies in het zorgproces voor de alle vier de kwadranten van de gezondheidszorg:

1. *Signalering*: Het opsporen van een eventuele aandoening c.q. zorgvraag.
2. *Diagnostiek*: Onderzoek naar de aard van de aandoening c.q. zorgvraag.
3. *Indicatiestelling*: Benoemen van de behandel- c.q. zorgvraag en bepalen van benodigde (behandel) interventies.
4. *Planning*: Plannen van benodigde zorginterventies.
5. *Zorguitvoering*: Uitvoeren van de zorginterventies: begeleiding/behandeling/ ziektemanagement.
6. *Evaluatie*: Bespreken van het resultaat van de zorginterventie.
7. *Nazorg en/of monitoring*: Bieden van laagintensieve (na)zorg om restverschijnselen van de aandoening te minimaliseren of stabiliseren. Ook (langdurige) monitoring van gezondheid kan onderdeel zijn van deze fase.
8. *Afronding*: Beëindiging van het zorgproces.

6.3 Invloed e-health interventies tijdens zorgproces

De vraag is tijdens welk moment in het zorgproces de e-health interventie invloed heeft. De opzet was om deze vraag vanuit literatuur en interviews te beantwoorden. In de dataverwerking bleek in de interviews alleen informatie te vinden over de zorgfase voor online informatie en zelftesten. Daarom is vanuit de literatuur per e-health interventie informatie over de behandel fase waarin deze toegepast wordt verzameld. De beschikbare informatie uit de interviews sloot aan bij de bevindingen uit de literatuur. De uitkomsten zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Interventie	Invloed tijdens zorgproces
Online informatie	Speelt tijdens alle fasen van de behandeling een rol voor een steeds groter worden groep patiënten. De focus van de informatie-uitwisseling of zoektocht kan variëren per tijdens de behandel fase en per gebruiker. Het bevordert signalering en is nuttig bij de voorbereiding van het zorgcontacten en bij de uitvoering van (zelf)zorg.
Social media	Spelen een rol tijdens alle fasen van de behandeling voor een steeds groter worden groep patiënten. In de fase van screening en diagnostiek informeert men zichzelf en elkaar over ziekte en gezondheid. In de fase van besluitvorming idem over behandel mogelijkheden, zowel behandelmethoden als ook behandelcentra en behandelars. Tijdens de behandel fase wisselt men ervaringen uit, over de aandoening, over het behandelcentrum en de behandelaar en biedt men elkaar steun.
Online Zelftesten	Online Zelftesten hebben met name in de fase van signalering en diagnostiek invloed op de zorg. Wanneer de testen in een zorgconsult besproken worden zijn ze ook van invloed op de fase van indicatiestelling. Gebruik van online zelftesten kunnen preventieve screening op individueel en populatieniveau beter mogelijk maken en daardoor onderbehandeling voorkomen.
E-communicatie	De mogelijkheid om online te communiceren wordt vooral toegepast in de curatieve gezondheidszorg en draagt tijdens behandeling bij aan vergroten van therapietrouw. Men communiceert over afspraken, recepten, uitslagen en vragen al dan niet naar afloop van een consult. Invloed is zichtbaar tijdens de fasen diagnose, indicatiestelling, planning en uitvoering van de zorgverlening.
Personal Health Record (PHR)	Door gebruik van PHR kan de patiënt tijdens alle fasen van de zorgverlening zijn gegevens inzien.
Online cursus	Online cursussen spelen bij chronisch zieken (GZ) gedurende de fase van leren omgaan met de aandoening een rol, de eerste fase in de behandeling. Binnen de GGZ hebben de online cursussen invloed op de fase van diagnostiek en in de eerste fase van de behandeling, gericht op inzicht krijgen in de problematiek en vermindering van lichte klachten.

Tabel 3: invloed e-health interventies tijdens zorgproces


Interventie	Invloed tijdens zorgproces
Online behandeling	Het online behandelaanbod richt vooral op klachtreductie tijdens de behandelfase.
Domotica	Domotica is waardevol tijdens de uitvoering van de zorg, zowel bij stabiele langdurige zorgvragen (gehandicaptenzorg) als bij zich ontwikkelende zorgvragen, als gevolg van leeftijd of verergerende chronische aandoeningen.
Ambient Technology	Ambient technologie is een nieuwe ontwikkeling, die nog nauwelijks toepassingen kent in de gezondheidszorg. In het verdere onderzoek is daarom dit buiten beschouwing gelaten.
Video communicatie	Dit wordt niet als eigenstandige interventie onderzocht.
Monitoring	Dit wordt niet als eigenstandige interventie onderzocht.
Zorg-op-afstand/ telemedicine-telecare (ZTT)	ZTT is waardevol tijdens de uitvoering van de zorg, als gevolg van leeftijd of verergerende chronische aandoeningen in de care of in de curatieve gezondheidszorg om gezondheid en aandoening te managen.

Vervolg tabel 3: invloed e-health interventies tijdens zorgproces

Vervolgens is een schema opgesteld, waarin de e-health interventies en fasen in het zorgproces elkaar kruisen. Hierin is vervolgens aangegeven wat de invloed van de verschillende e-health interventies per behandelfase is. Het schema is ter toetsing voorgelegd aan de expertgroep, waarna het ongewijzigd opgenomen is.

Interventies	Fasen in zorgproces									
	Signalering	Diagnostiek	Indicatiestelling	Planning	Uitvoering			Evalueren	Nazorg	Afronding
					Begeleiding	Behandeling	Ziekte-management			
Online informatie										
Social media										
Zelftesten										
E-communicatie										
PHR										
Online cursus										
Online behandeling										
Domotica										
ZTT										

Tabel 4: Schema e-health interventies en fasen zorgproces

 Sprake van invloed

Kijkend naar de tabel 4 lijkt het op het eerste gezicht dat de verschillende e-health interventies als geheel in alle behandelfasen van invloed kunnen zijn. Voor iedere fase is minimaal een e-health interventie beschikbaar.

Om de waarde van deze bevinding in te schatten is vanuit de literatuur ook gekeken naar het voorkomen van de verschillende e-health interventies in de verschillende zorgsectoren. In de codering van het materiaal is voor alle tekstdelen bepaald op welke zorgsector dit van toepassing is. Om zicht te krijgen op het voorkomen van de verschillende interventies in de te onderscheiden zorgsectoren is in het tekstanalyseprogramma een matrix opgesteld van e-health interventies en zorgsectoren. In die matrix werd zichtbaar dat in de gevonden literatuur niet alle interventies in alle zorgsectoren in dezelfde mate voorkomen.

Onderstaand schema geeft dit weer:

sector	Online informatie	Social media	Zelf-testen	PHR	e-com-municatie	Online Cursus	Online behandeling	Domo-tica	ZTT
Care								☑☑	☑☑☑☑
Cure									
GGZ		☑	☑			☑	☑	☑	☑
GZ	☑	☑	☑		☑			☑	☑☑☑☑
sector overstijgend	☑	☑	☑	☑	☑			☑☑	☑☑

- ☑ beperkt aanwezig
- ☑☑ redelijk aanwezig
- ☑☑☑☑ vaak aanwezig

Tabel 5

Resumé

Kijkend naar tabel 3 en 4 wordt duidelijk dat iedere interventie tijdens een of meer behandel fase een empowerende invloed heeft. Tijdens alle fasen van het zorgproces is een e-health interventie beschikbaar die empowerment van de patiënt ondersteunt. Dat klinkt goed. De zorgverlener of patiënt kan op basis van dit schema bekijken welke e-health interventie hij wil en kan gebruiken in het proces van zorgverlening, in het kader van empowerende zorgverlening en patiënt empowerment. Dit klinkt echter mooier dan het is. Dit wekt de suggestie dat alle interventies in iedere zorgsector beschikbaar zijn en toegepast worden. Dit is niet het geval, zoals duidelijk wordt in tabel 5. Uit het onderzoek komt naar voren dat videocommunicatie bijvoorbeeld nauwelijks (slechts 1 voorbeeld) wordt toegepast in de GGZ, eigenlijk vooral in de sector Verpleeg- en Verzorgings en Thuiszorg (VV&T). Omgekeerd is er veel online informatie over psychiatrische ziektebeelden of somatisch chronische aandoeningen als diabetes. Of er ook zo veel online informatie beschikbaar is over ouderdom, valpreventie en toenemende angstklachten bij ouderen is te betwijfelen. Beter passend is de constatering dat het totaal pakket van e-health interventies de potentie heeft om in alle fasen van het zorgproces bij te dragen aan patiënt empowerment. Wil de potentie waargemaakt worden, dan is de voorwaarde dat vanuit de verschillende zorgsectoren men 'Leentje buur' toepast en elkaars kennis en applicaties benut.

7 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk staan de conclusies beschreven. Eerst wordt kort teruggeblikt op de resultaten, in paragraaf 7.1. In paragraaf 7.2 zijn de conclusies beschreven. In 7.3 is de discussie, een terugblik op de waarde van de bevindingen te lezen. De aanbevelingen staan in paragraaf 7.4.

7.1 Samenvatting resultaten

De doelstelling van het onderzoek was het verwerven van kennis over de empowerende waarde van e-health en e-health interventies, door de invloed hiervan op de patiënt en de zorgverlener te beschrijven. Om zo te komen tot aanbevelingen gericht op het bevorderen van empowerment van de patiënt middels e-health in de GGZ.

Daarom is de volgende onderzoeksvraag gesteld:

Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt in de (G)GZ en de werkwijze van de zorgverlener?

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden zijn een aantal deelvragen geformuleerd:

1. Hoe zijn e-health en e-health interventies te definiëren?
2. Hoe is het concept empowerment in de zorg te definiëren en wat zijn de aspecten voor patiënt en zorgverlener?
3. Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt?
4. Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener?
5. Tijdens welke fase in het zorgproces is de invloed van de verschillende e-health interventies zichtbaar?

Op basis van literatuuronderzoek en interviews is een definitie van e-health gegeven en zijn de e-health interventies geordend en beschreven. Tevens is vanuit de literatuur een conceptueel model voor empowerment ontwikkeld en getoetst in de interviews. Het model voor empowerment bevat de vier aspecten attitude, kennisinbreng, dialoog en samenwerking. De vier aspecten zijn uitgewerkt in een model voor empowerment van de patiënt en een model voor empowerment voor de zorgverlener. Vanuit deze kaders is vervolgens vanuit de literatuur en interviews gekeken naar de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener.

Belangrijkste bevinding voor empowerment van de patiënt is dat e-health en e-health interventies mogelijkheden creëren om op alle vier de aspecten van empowerment van de patiënt positieve invloed te hebben. Een regieverschuiving, van zorgverlener naar patiënt, als gevolg van e-health in het algemeen wordt voorzichtig zichtbaar, in de dialoog, in de samenwerking, en in de omgang met kennis. Op interventieniveau hebben met name de toegenomen mogelijkheden tot kennisdeling (online informatie), social media, e-communicatie en PHR een sterke empowerende waarde. Het onderzoek naar de invloed op de werkwijze van de zorgverlener laat zien dat e-health als fenomeen een verandering in denken over de rolverdeling in de zorg te weeg brengt. E-health kan vooral de beweging van regieverschuiving in de zorg ondersteunen. Dit heeft invloed op de werkwijze van de zorgverlener. Dit vraagt van de zorgverlener andere vaardigheden en een verandering in werkwijze en mogelijk een taakherziening. Dit is een verandering op hoofdlijnen. De werkelijke concretisering van de verandering wordt zichtbaar in de vertaalslag van de invloed van de e-health interventies naar de dagelijkse werkwijze van de zorgverlener. Uit onderzoek naar de invloed van de verschillende e-health interventies komen ook hier de mogelijkheden voor regieverschuiving en een vraag om een andere werkwijze naar voren. Maar ook wordt duidelijk dat de vertaalslag van werken met e-health interventies in de zorgpraktijk nog onvoldoende gemaakt is. Wel laten de bevindingen zien wat de mogelijke invloed kan zijn.

Afsluitend is gekeken naar de waarde van de bevindingen, door in kaart te brengen wanneer in het zorgproces deze invloed zichtbaar is. Duidelijk werd dat tijdens alle fasen in het zorgproces er een e-health interventies beschikbaar is die empowerment van de patiënt kan ondersteunen. Echter, doordat niet alle interventies in alle zorgsectoren beschikbaar zijn, dient deze bevinding genuanceerd te worden.

7.2 Conclusies

Na beantwoording van de deelvragen worden hier de conclusies geformuleerd, in antwoord op de centrale onderzoeksvraag. Er zijn vier conclusies geformuleerd, over het ontwikkelde model, de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt, en over de invloed van e-health en e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener.

Voor zowel patiënt als zorgverlener zijn er vier aangrijpingspunten voor empowerment: attitude, kennisinbreng, dialoog en samenwerking.

In de verkenning naar het begrip empowerment zijn deze vier aspecten als leidend naar voren gekomen. Dit is beschreven in hoofdstuk drie. De vier aspecten zijn daar uitgewerkt voor de patiënt en de zorgverlener. Dit model is een bruikbaar en passend model gebleken om het begrip empowerment in de zorg te kaderen en te concretiseren. Het model biedt handvatten om het begrip empowerment in de zorg verder te concretiseren en te vertalen naar de dagelijkse zorgpraktijk en werkwijze van de zorgverlener.

Het totaal pakket van e-health en e-health interventies heeft de potentie om in alle fasen van het zorgproces bij te dragen aan patiënt empowerment.

Wanneer gekeken wordt naar de empowerende waarde van de afzonderlijke e-health interventies dan valt op dat alle e-health interventies, tijdens een of meerdere behandelfase(n), empowerende waarde voor de patiënt hebben. In hoofdstuk vier zijn de empowerende kwaliteiten van e-health en de verschillende interventies beschreven. Daarbij is gebleken dat er geen empirische data zijn waarin het effect van empowerment van e-health en e-health interventies in de praktijk gemeten is. Gezien de jonge historie van e-health is dit niet verrassend. Er kan wel op theoretisch niveau aannemelijk gemaakt worden dat de invloed er is of kan zijn. In hoofdstuk vier is beschreven welke mogelijkheden e-health en e-health interventies creëren voor patiënt empowerment. Mogelijkheden, dus in potentie.

De conclusie dat e-health en e-health interventies de potentie hebben om tijdens alle behandelfasen te kunnen bijdragen aan patiënt empowerment heeft ook te maken met de beschikbaarheid van de verschillende interventies in de verschillende zorgsectoren. In hoofdstuk zes is beschreven dat alle interventies van invloed kunnen zijn op de vier aspecten van patiënt empowerment tijdens een of meerdere fasen van het zorgproces. Ook is daar duidelijk geworden dat er voor iedere behandelfase een of meerdere e-health interventies beschikbaar zijn in de gezondheidszorg als geheel. Echter, wetend dat niet alle interventies in alle zorgsectoren beschikbaar zijn, is te concluderen dat niet voor iedere behandelfase in de GGZ een e-health interventie beschikbaar is. Daarmee valt ook ten aanzien van de beschikbaarheid te concluderen dat de interventies in potentie voor alle fasen een empowerende waarde hebben. Maar wil deze potentie in de praktijk waargemaakt worden, dan vraagt dit kennisdeling tussen zorgsectoren en opschaling van e-health interventies over de zorgsectoren heen.

De mogelijkheden tot empowerment worden vooral ondersteund door de elementen online kennisdeling, vormen van e-communicatie en zelfzorgtaken voor de patiënt, binnen de verschillende e-health interventies.

Een meer gerichte verkenning van de empowerende bijdrage van de verschillende e-health interventies in hoofdstuk vier en bijlage drie laat zien dat vooral e-health interventies waarbij de elementen kennisdeling en e-communicatie aanwezig zijn een sterk empowerende invloed kunnen hebben. Ze zijn van invloed op de dialoog, waarbij het mogelijkheden voor een regieverschuiving richting samenspraak en partnerschap in het gesprek creëert. Ook het element zorgtaken voor de patiënt, ofwel in zelfbeheer of in gezamenlijkheid, kan bevorderen dat de regie in de zorg meer richting de patiënt verschuift. Vandaar de constatering dat met name de elementen

online kennisdeling, e-communicatie en zorgtaken voor de patiënt empowerende onderdelen van e-health interventies zijn. Deze elementen zijn onderdeel van meerdere e-health interventies.

De invloed van e-health op de werkwijze van de zorgverlener is zichtbaar in het denken over (regie)verschuiving op hoofdlijnen, maar de invloed van de e-health interventies is nog onvoldoende vertaald naar de dagelijkse praktijk.

Als gevolg van e-health en e-health interventies kan de hulpverlener geconfronteerd worden met een verschuiving in zijn functioneren als zorgverlener. In hoofdstuk vijf kwam de invloed e-health vooral naar voren als een verandering in denken van de zorgverlener over regievoering en verantwoordelijkheden in het zorgproces. E-health kan zorgen voor een verschuiving van een machtsrelatie naar een samenwerkingsrelatie tussen zorgverlener en patiënt. Dit is een invloed op hoofdlijnen.

Verder kijkend werd zichtbaar dat gebruik van e-health en e-health interventies invloed kan hebben op het handelen van de zorgverlener op alle vier de empowerment aspecten. Dit vraagt van de zorgverlener een omslag in werkwijze, off- en online, en aanpassing van de tijden waarop de zorgverlener off- en online beschikbaar is. Ook is een attitudewijziging nodig waarbij de zorgverlener met een onbevooroordeelde houding e-health en de kansen op samenwerking met de patiënt die hierdoor ontstaan, tegemoet treedt. Deze concretisering van de invloed van de e-health interventies naar dagelijkse werkwijze van de zorgverlener is nog onvoldoende tot stand gekomen terwijl een verandering in taakinvulling gevraagd wordt. De taakverschuiving ontstaat niet alleen als gevolg van de patiënt die zich meer de spilfunctie toe-eigent maar ook omdat e-health het reeds in gang gezette proces van taakherschikking faciliteert. Dat gecombineerd met het feit dat e-health vraagt om andere zorgprocessen of taak en verantwoordelijkheidsverdeling, creëert de vraag om de vertaalslag naar de praktijk.

7.3 Discussie

Terugblikkend op het onderzoek en de uitkomsten is een logische vraag in hoeverre de bevindingen uit het onderzoek representatief en bruikbaar zijn. Ieder onderzoek kent zijn beperkingen, ook dit onderzoek. Zo is er in de interviewronde voor gekozen om geen patiënten te interviewen. Dit is een bewuste keuze geweest, omdat de kern van de onderzoeksmethode was om via inventarisatie en inductie een model te ontwikkelen en kennis te genereren. Om toch de vraag ook vanuit patiëntperspectief te benaderen is gekozen om in de literatuursearch gericht te zoeken naar artikelen vanuit patiëntenorganisaties. Ook heeft een vertegenwoordiger van de NPCF deelgenomen aan de expertmeeting. Op deze wijze is in het onderzoek het patiëntenperspectief betrokken. Echter betrokkenheid van patiënten in de verdere uitwerking van het model is wenselijk. Een logische vervolgstap zou zijn om het model, met inbreng van patiënten verder te concretiseren.

Een ander punt is het aantal interviews. De interviews zijn als separaat dataverzamelings- en analysetraject vormgegeven. Er zijn slechts vijf interviews gehouden. Dat is een beperkt aantal. Er is niet uitputtend nagevraagd wat de kennis is. Wel is voldoende geïnventariseerd wat de mening over het onderwerp van de experts in het veld was. Door breed expertise te zoeken voor de interviewronde, door bevraging van deskundigen met verschillende achtergronden, is met een beperkt aantal interviews de mening uit het veld voldoende vertegenwoordigd.

Er zijn ook enkele inperkingen gemaakt bij de onderzoeksopzet. Zo is alleen onderzocht wat de invloed is van e-health en e-health interventies op patiëntempowerment en de werkwijze van de zorgverlener. Maar er is niet gekeken naar de relatie tussen deze twee. Voorstelbaar is dat de mate van patiëntempowerment niet alleen bepaald wordt door de empowerende waarde van e-health en e-health interventies maar ook door de mate waarin de zorgverlener empowerend te werk gaat. Vooraf is deze inperking gemaakt omdat ingeschat werd dat het te vroeg is om deze relatie te onderzoeken. Kijkend naar de beperkte hoeveelheid informatie en de constatering dat de vertaalslag naar de werkwijze van de zorgverlener nog onvoldoende tot stand is gekomen, is de inschatting juist gebleken. Het onderzoek laat vooral zien wat de empowerende waarde van e-health en e-

health interventies is voor de patiënt en wat e-health en e-health interventies kunnen betekenen voor de zorgverlener.

Wat is nu toch de kracht van het onderzoek en de conclusies? Er is breed naar de literatuur gekeken, vanuit alle zorgsectoren. Ook is er gesproken met toonaangevende deskundigen op dit vlak. Belangrijk is dat de resultaten zijn voorgelegd aan deskundigen in de expertmeeting, ter validering. In de expertmeeting werd het totaalbeeld zoals gepresenteerd als herkenbaar geaccepteerd. De kennis verzameld en beschreven in dit rapport is daarmee passend bij de stand van zaken van e-health ontwikkeling op dit moment.

Dat roept ook de vraag op wat de relevantie van deze uitkomsten voor de GGZ is. In contacten met experts in het veld bleek dat men welwillend was om mee te werken. Uit deze positieve respons kan opgemaakt worden dat het thema van het onderzoek relevant en bruikbaar wordt geacht voor het werkveld. De uitkomsten overziend kan gezegd worden dat dit onderzoek basiskennis biedt over e-health en e-health interventies, een conceptueel model voor empowerment verschaft en de empowerende waarde van e-health en de stand van zaken van de invloed op de werkwijze van de zorgverlener beschrijft. Hiermee kunnen zorgorganisaties, maar ook zorgverleners in de praktijk verder werken aan het ontwikkelen van empowerende zorg middels e-health en e-health interventies.

7.4 Aanbevelingen

De doelstelling van het onderzoek was het verwerven van kennis over de empowerende waarde van e-health en e-health interventies, door de invloed hiervan op de patiënt en de zorgverlener te beschrijven. Dit is in voorgaande hoofdstukken beschreven. Belangrijk onderdeel van de doelstelling was het formuleren van aanbevelingen gericht op het bevorderen van empowerment van de patiënt middels e-health in de GGZ. De resultaten en conclusies overziend kunnen de volgende aanbevelingen geformuleerd worden.

E-health interventies in de GGZ bestaan vooral uit online informatie, online behandeling en online cursussen. Dat is positief, maar tegelijkertijd ook beperkt als je het totaal aan mogelijkheden overziet. In andere zorgsectoren, vooral de care, is veel kennis over toepassingen die patiënten met een chronische zorgbehoefte ondersteunen. Ook in de GGZ is sprake van chronische psychiatrische problematiek. Uit de tweede conclusie valt op te maken dat de kennis uit andere sectoren en daar ontwikkelde e-health interventies toepasbaar kunnen zijn voor empowerment van patiënten in de GGZ.

Aanbeveling:

Benut kennis en e-health interventies uit alle zorgsectoren om zodoende een totaalpalet aan e-health zorg in de GGZ te ontwikkelen dat tijdens alle behandelingsfasen empowerment van de patiënt kan ondersteunen.

Gezien de conclusie dat vooral online kennisdeling en vormen van e-communicatie en (zelf)zorgtaken een bijdrage kunnen hebben in empowerment van de patiënt is het te adviseren e-health interventies te ontwikkelen die dit bevorderen. Diagnosegerichte e-health interventies, gericht op behandeling zijn in de GGZ al voorhanden. In het faciliteren van de dialoog en gedeelde kennisinbreng en samenwerking via e-health interventies zijn naast behandelinterventies, het PHR, vormen van e-communicatie en (zelf)zorgtaken belangrijke schakels.

Aanbeveling:

Investeer binnen de GGZ niet alleen in e-health behandelinterventies maar stimuleer en ontwikkel e-health interventies die vooral de dialoog en samenwerking bevorderen, denk aan PHR, e-communicatie en zelfzorgtaken.

De vertaalslag naar de werkwijze van de zorgverlener verdient meer aandacht, zo blijkt uit de vierde conclusie. Zorgorganisaties die e-health en e-health interventies willen integreren in hun zorgaanbod dienen stil te staan bij de invloed die dit heeft of mogelijk heeft op de werkwijze van de zorgverlener. Het empowermentmodel biedt handvatten om meer empowerende zorg te verlenen. Daarmee wordt de empowerende kwaliteit van e-health interventies ondersteund.

Aanbeveling

Ondersteun de empowerende kwaliteit van e-health interventies door de impact op de zorgverlener in het zorgproces te expliciteren, met behulp van het empowermentmodel voor zorgverleners.

De vertaalslag van e-health en e-health interventies naar de werkwijze van de zorgverlener vraagt schaken op twee borden. Op het ene bord dient men gewoon in de praktijk aan de slag te gaan en proefondervindelijk te komen een vertaalslag. Tegelijkertijd kan op het andere bord met onderzoek de praktijk gemonitord worden. Dan wordt kennis uit de praktijk gebundeld tot best practice op de korte termijn. Onderzoek bevordert ook kennisdeling over de invloed op de werkwijze. Het kan input leveren voor onderwijscurricula en eventuele herziening van taak en functieprofielen van de zorgverleners.

Aanbeveling

Meer onderzoek naar de invloed van e-health en e-health interventies op het handelen van de zorgverlener is nodig om inhoudelijke kennis te vergaren waarmee hulpverlenersprofielen en opleidingen verrijkt kunnen worden.

Nabeschuiving

Empowerment; recht of plicht?

Afsluitend een korte reflectie op empowerment. Het empowerment model biedt handvatten om empowerment vorm te geven. Echter, de omgeving en organisatie van de gezondheidszorg zijn ook bepalend hierin. In welke mate is empowerende zorgverlening in de huidige gezondheidszorg mogelijk? Wat betekent keuzevrijheid als er vanwege de financieringstructuur geen interventies te kiezen zijn? Voorwaarden voor empowerment zijn belangrijk en dienen onderdeel te zijn van het proces om te komen tot empowerende zorgverlening.

Een andere bespiegeling is de vraag of empowerment, onder ander middels e-health, verplicht moet worden. Hierover wordt wat genuanceerder gedacht. Vanuit de kostenkant van de zorg, de gezamenlijke verantwoordelijkheid om duurzame zorg te ontwikkelen, kan gesteld worden dat e-health en empowerment een verplichting met zich mee kunnen brengen. Zorg2.0, medicine2.0 health2.0 (RVZ, 2010) en participatory healthcare (Engelen, 2010, Peeters, 2009) zijn termen die gebruikt worden om deze beweging in de gezondheidszorg aan te duiden. Tegelijkertijd is ook enig realisme nodig. Niet iedereen heeft de potentie om maximaal empowered worden. Dus wel streven naar empowerment en gebruik van e-health maar tegelijkertijd oog houden voor de patiënt en zijn keuze en mogelijkheden respecteren. Empowerment is geen doel op zich, maar een benadering waarmee zorg gevraagd of geboden wordt. Empowerende zorg vraagt balanceren tussen moeten en kunnen, tussen rechten, plichten en keuzevrijheid.

Empowerment en duurzame gezondheidszorg

Echter, empowerment is niet het enige speerpunt in de zorg. Uiteindelijk staan we gezamenlijk voor de taak om tot duurzame zorg te komen. Empowerment van patiënten is hierin belangrijk, effectiviteit en kosten-efficiëntie zijn eveneens van belang in de ontwikkeling van duurzame zorg. Empowerment kan daarom niet los gezien worden van effectiviteit en efficiëntie. Effectiviteit is ook in het belang van de patiënt, deze wil ook de beste zorg. Efficiëntie is in eerste instantie vooral een belang van de zorgorganisaties en zorgverzekeraars, omdat dit bijdraagt aan kostenbeheersing van de gezondheidszorg. Bij de keuze voor een behandeling zouden interventies gekozen kunnen worden vanwege hun waarde op een van deze drie pijlers. Een keuze op basis van kostenefficiëntie is niet per definitie slecht en mits goed overlegd en gezamenlijk besloten met de patiënt, kan dit ook aansluiten bij empowerment. De empowerde patiënt kan zich in de toekomst niet alleen verantwoordelijk voelen voor zijn eigen gezondheidszorg, maar mogelijk ook voor het functioneren van de gezondheidszorg als geheel. Het ontwikkelen van een effectieve, empowerende en kostenefficiënte gezondheidszorg is daarmee in ons aller belang. Onderzoek naar de financiële gevolgen van empowerende zorg en empowerende zorgverlener kan een bijdrage leveren aan te maken strategische keuzes om tot duurzame zorg te komen, op organisatieniveau, maar ook in de landelijke politiek.

E-health en ervaringsdeskundigheid

Er wordt in de ontwikkeling van e-health nog veel ontwikkeld vanuit de technologische mogelijkheden, terwijl de zorgvraag leidend zou moeten zijn. Deze technology push leidt er toe dat het product, de e-health interventie onvoldoende is afgestemd op de groep zorgvragers. Door meer usercentered design toe te passen in de ontwikkelingsfase, waarmee je cliënten en hun perspectief al tijdens de ontwikkelingsfase betreft, verbetert de kwaliteit van de interventies. Daardoor kan mogelijk de empowerende waarde van de afzonderlijke interventies ofwel meer onderscheidend zijn of beter benut worden. De vraag kan gesteld worden of huidige interventies wel voldoende vanuit de empowerment gedachte ontwikkeld zijn.

E-health of weer gewoon 'health'

Een ander punt is het gegeven dat we e-health interventies nu als aparte zorginterventies beschouwen. Verwachting is dat e-health over 10 tot 15 jaar geïntegreerd is in de gezondheidszorg. In dat geval spreken we weer gewoon van gezondheidszorg interventies, zonder de e-health toevoeging.

Samenvatting

De gezondheidszorg wordt komende jaren geconfronteerd met twee uitdagingen; een zorgcapaciteitsprobleem en een veranderende zorgvrager. De focus op empowerment en benutting van e-health in de zorg worden gezien als mogelijke oplossingen hiervoor. E-health is een betrekkelijk nieuw fenomeen in de gezondheidszorg. E-health wordt tevens beschouwd als een middel om patiënt empowerment te ondersteunen. De term empowerment is opnieuw een actueel begrip in de gezondheidszorg. Eenduidig is dit begrip echter niet. Meer regie, meer zelfsturing zijn termen die gebruikt worden om inhoud te geven aan dit begrip. Er is nog weinig kennis over de invloed van e-health op patiënt empowerment, of de invloed ervan op de werkwijze van de zorgverlener. Daardoor kunnen geen uitspraken gedaan worden over de werkelijke bijdrage van e-health aan patiënt empowerment.

Het doel van het onderzoek was het verwerven van kennis over de empowerende waarde van e-health en e-health interventies, door de invloed hiervan op de patiënt en de zorgverlener te beschrijven. Om zo te komen tot aanbevelingen gericht op het bevorderen van empowerment van de patiënt middels e-health in de GGZ. De onderzoeksvraag was:

Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt in de (G)GZ en de werkwijze van de zorgverlener?

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden zijn een aantal deelvragen geformuleerd:

1. Hoe zijn e-health en e-health interventies te definiëren?
2. Hoe is het concept empowerment in de zorg te definiëren en wat zijn de aspecten voor patiënt en zorgverlener?
3. Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt?
4. Wat is de invloed van e-health en e-health interventies op de werkwijze van de zorgverlener?
5. Tijdens welke fase in het zorgproces is de invloed van de verschillende e-health interventies zichtbaar?

Het onderzoek is uitgevoerd als een inventariserend kwalitatief onderzoek, bestaand uit een literatuuronderzoek en interviewronde. Voor de data-analyse is open coding en een tekstanalyse programma gebruikt. Ter validering van de uitkomsten is een expertmeeting gehouden.

Op basis van literatuuronderzoek en interviews is een definitie van e-health gegeven en zijn de e-health interventies geordend en beschreven. Tevens is een conceptueel model voor empowerment ontwikkeld, vanuit de literatuur en getoetst in de interviews. Het model voor empowerment bevat vier aspecten: attitude, kennisinbreng, dialoog en samenwerking. De vier aspecten van het model voor empowerment zijn uitgewerkt in een model voor empowerment van de patiënt en een model voor empowerment voor de zorgverlener. Vanuit deze kaders is vervolgens vanuit de literatuur en interviews beschreven wat de invloed van e-health en e-health interventies op empowerment van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener is.

Op basis van de resultaten is het volgende te concluderen:

- Voor zowel patiënt als zorgverlener zijn er vier aangrijpingspunten voor empowerment: attitude, kennisinbreng, dialoog en samenwerking.
- Het totaal pakket van e-health en e-health interventies heeft de potentie om in alle fasen van de behandeling bij te dragen aan patiënt empowerment.
- De mogelijkheden tot empowerment worden vooral ondersteund door de elementen online kennisdeling, vormen van e-communicatie en zelfzorgtaken voor de patiënt, binnen de verschillende e-health interventies.
- De invloed van e-health op de werkwijze van de zorgverlener is zichtbaar in het denken over regieverschuiving op hoofdlijnen, maar de invloed van de e-health interventies is nog onvoldoende vertaald naar de dagelijkse praktijk.

De resultaten, conclusies en de kanttekeningen uit de discussie overziend zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

- Benut kennis en e-health interventies uit alle zorgsectoren om zodoende een totaalpalet aan e-health zorg in de GGZ te ontwikkelen dat tijdens alle behandelingsfasen empowerment van de patiënt kan ondersteunen.
- Investeer binnen de GGZ niet alleen in e-health behandelinterventies maar stimuleer en ontwikkel e-health interventies die vooral de dialoog en samenwerking bevorderen, denk aan PHR, e-communicatie en zelfzorgtaken.
- Ondersteun de empowerende kwaliteit van e-health interventies door de impact op de zorgverlener in het zorgproces te expliciteren, met behulp van het empowermentmodel voor zorgverleners.
- Meer onderzoek naar de invloed van e-health en e-health interventies op het handelen van de zorgverlener is nodig om inhoudelijke kennis te vergaren waarmee hulpverlenersprofielen en opleidingen verrijkt kunnen worden.

Het onderzoek geeft een beeld van de stand van zaken op dit onderwerp. Met de uitkomsten van het onderzoek kunnen zorgorganisaties, maar ook zorgverleners in de praktijk, verder werken aan het ontwikkelen van empowerende zorg middels e-health en e-health interventies.

Summary

Healthcare is encountering two major challenges in the near future. It faces a care capacity problem and meets a changing care consumer. The focus on empowerment and the use of e-health within healthcare are seen as possible solutions for these challenges. E-health is a relatively new phenomenon in health care. E-health is considered as a means to stimulate patient empowerment. The term empowerment is again a topic of present interest. It is not a unambiguous topic. More control, more selfmanagement are terms used to define this concept. There is little knowledge about the influence of e-health on patient empowerment, or the influence on the health care professional. Therefore it is difficult to describe the actual contribution of e-health on patient empowerment.

The main purpose of the study was to obtain knowledge about the empowering value of e-health and e-health interventions, by describing its influence on patients and healthcare professionals. This would lead to recommendations on stimulating patient empowerment in mental health care with the use of e-health.

The research question was:

What is the influence of e-health and e-health interventions on empowerment of patients in (mental) health care and on the health care professional's methods.

The following sub questions were formulated:

1. What is the definition of e-health and e-health interventions?
2. What is the definition of the concept empowerment and what are the aspects for patient and health care professional?
3. What is the influence of e-health and e-health interventions on patient empowerment?
4. What is the influence of e-health and e-health interventions on the health care professional's methods?
5. During what phase of the treatment or care process does the influence of the different e-health interventions occur?

The study was performed as a qualitative study, consisting of a literature review and interviews. The data analysis was done by the method of open coding using a text analysis program. For validation of the outcomes an expert meeting was held.

Based on the findings from the literature review and interviews a definition of e-health was given and e-health interventions were categorised and described. A conceptual model for empowerment was developed, based on literature and validated in the interviews. The model for empowerment consists of four aspects: attitude, knowledge input, dialogue and cooperation. The four aspects have been further developed into a model for empowerment for patients and a model for empowerment and health care professionals. These theoretical concepts were used to describe the influence of e-health and e-health interventions on patient empowerment and the health care professional's method. Both questions were answered through literature review and interviews.

Based on the outcomes the following can be concluded:

- For both patient and health care professional there are four aspects for empowerment: attitude, knowledge input, dialogue and cooperation.
- E-health as a whole and the total package of e-health interventions have the potential to contribute to patient empowerment in all treatment phases.
- The possibilities for patient empowerment are specifically supported by e-health elements such as online information, e-communication and possibilities for e-self-care, within the different e-health interventions.
- The influence of e-health on the working method of health care professionals is visible as a general shift of ideas about who is in charge, but the influence of the different e-health interventions has not yet sufficiently been translated to the daily care practice.

Overseeing the results, conclusions and the comments in the discussion, the following recommendations can be made:

- Use knowledge and e-health interventions from other health care sectors, to develop a whole package of e-health care for the mental health care sector, to support patient empowerment during all phases of treatment.
- Do not only invest in treatment interventions for the mental health sector, but particularly stimulate and develop e-health interventions that support dialogue and cooperation, for instance a Personal Health Record, e-communication and self-care tasks.
- Support the empowering quality of e-health interventions by explicating the impact on the health care professional's working methods, using the empowerment model for the healthcare professional.
- More research is needed into the influence of e-health and e-health interventions on the working methods of the health care professional to acquire more knowledge, which can be used to enrich the health care professional's job profile and educational curricula.

The study describes the state of current practice on the subject. The outcomes can be helpful for care organisations, but also for health care professionals, to further develop empowering health care with the use of e-health and e-health interventions.

Literatuurlijst

- Boevink, W. (2000). Ervaring, ervaringskennis, ervaringsdeskundigheid. *Deviant*, sept. 2000.
- Borghuis, I. (2007). *Zorg Op Afstand Dichterbij*. Utrecht: Actiz
- Boonstra, A. en anderen. (2008). *Kijken op afstand, een leerzaam alternatief. Onderzoek naar de effectiviteit en efficiency van Koala telecare en telecare*. Groningen: Rijksuniversiteit (RuG/RHO).
- Boshuizen, D. (2008). *Zorg Op Afstand met behulp van ICT. Deelproject: inventarisatie van praktijkvoorbeelden en stimuleringskansen*. Den Haag: Nictiz.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* Volume 20 Number 4 pag. 43 t/m 46.
- Claus, E. (2007) *ICT in de thuiszorg, weten schappelijk onderzoek naar de beïnvloedende factoren met betrekking op acceptatie van ICT door thuiszorgmedewerkers*. Faculteit gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht.
- De praktijk index, Motivaction, De praktijk en Berkhout, J. in opdracht van ministerie van VWS. (juni 2009). *Wat werkt bij wie, een doelgroepbenadering bij innovatie in zorg en preventie*.
<http://www.zorginnovatieplatform.nl/upload/file/Wat%20werkt%20bij%20wie.pdf>
- Engelen, L. (2010) *Een heel klein boekje over zorg 2.0*. UMC St Radboud: Nijmegen.
- Flim, C. (2009). *Zorg Op Afstand, het perspectief van de zorgprofessional in de langdurige zorg*. Den Haag: Nictiz
- Geertsema, R. (2008). *Nieuwe technologieën, rapportage ten behoeve van SGZ-2008*. Bilthoven: RIVM.
- Gemert-Pijnen, J. van, Eikamp, M.H., Nijland, N., & Empelman, M.T. (2005), *Elektronische consultatie in de praktijk*. Enschede, faculteit gedragswetenschappen iov CvZ, Universiteit Twente.
- GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en burgerschap, Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Publicatienummer: 2009-349
- Grin, J., Haar-van Twillert, E. ter & Stevens, P. (2008). *Kwalitatieve rapportage 2008 van de monitor zorg-op-afstand. Zorg-op-afstand: altijd aanwezig en juist dichtbij*. Amsterdam: UvA/ActiZ, programma Zorg Op Afstand, dichterbij.
- Haaster, H.P.M van, (2001). *Cliëntenparticipatie*. Bussum: Coutinho.
- Haaster, H. van & Wijnen, A. van. (2005) *Ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, omschrijving en positionering. Ervaringskennis werkt!* VersieGroep. (g.p.)
- Heldoorn, M. (2008). *Gezondheid 2.0, Toekomst en betekenis van e-health voor de zorgconsument*. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).
- Hollestelle, M.L., Hilbers, E.S.M., Tienhoven, E.A.E. van & Geertsma, R.E. (RIVM) (2005). *Geavanceerde medische technologie in de thuissituatie: inventarisatie, gebruikersaantallen en risico's*. rapport 265011004/2005. Bilthoven: RIVM
- Hoorn, E. van, Bellemakers, C. & Koster-Dreese, Y. (2003). *De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing*. Kantel Konsult ism IGPB (g.p.).
- Huson, A. en Nordeman, L. (2008). *Technologische ontwikkelingen in de GGz: e-mental health en substituties nader bekeken*. Stichting Pandora (g.p.)
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2009). *Toepassing van domotica in de zorg moet zorgvuldiger*. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.

- Jacobs, G. (2008). *Empowerment en doelgroep Participatie in de gezondheidsbevordering en preventie*. Empowerment & public health. [Www.gabyjacobs.com](http://www.gabyjacobs.com)
- Keijser, W.A. (2005). *Online gezondheidsinformatie en lotgenoten contact: e-health serie, deel 1*. Utrecht: wacomed.
- KenI (m.m.v. VWS, EZ, SenterNovem, OCW, LNV een samenwerking tussen de interdepartementale programmadirectie Voorbereid door "team zorg") en het Innovatieplatform (2008). *Probleemanalyse innovatie in de zorg*. KenL: Den Haag.
- Kleijn, E. de, Campagne, A.E., Paagman, H.R. & Smit, M. (2007). *Slimmer werken in de Zorg R0623009/018-31030.01.02*. Hoofddorp: TNO.
- Koning, J. de (2004). *Empowerment, product of missie?* www.vrijbaan.nl
- Leeuwen, H. van, Teeuw, W.B. & Griffioen, P.S. (2009). *De computer verdwijnt, leve de computer! Toepassingen van ambient intelligence in werkomgevingen*. Enschede: Saxion Hogescholen.
- Linthorst, H.J. (2006) *De mogelijkheden van ICT in het effectiever en efficiënter functioneren van de diabetesketen*. Faculteit elektrotechniek, wiskunde en informatica, Universiteit Twente: Enschede.
- Marrewijk, L. van (g.d) *Serious Health game is geen spelletje*. NPCF
- Murrel, K.L. & Meredith, M. (2000). *Empowerment van werknemers*. Schoonhoven: Academic Service.
- Nouws, H. (2008). *Klant in beeld. Handreiking cliëntprofielen en aanbodsarrangementen bij Zorg Op Afstand en beeldcommunicatie*. Actiz.
- Oppenmeer, L. (2009). Digibeeft of digipeut. Psychotherapie en de digitale wereld. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2009, [35] 04
- Peeters, P.H. (2009). De zorgverlener als familielid, social media als mental support voor patiënt. *Zorgmarkt*, nr 12, 27.
- Peeters, J.M., Francke, A.L. (2009). *Monitor Zorg Op Afstand, Verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009*. Utrecht: Nivel.
- Peeters, J.G., Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. (2008). *Monitor Zorg Op Afstand, verslaglegging van de peiling najaar 2007*. Utrecht: Nivel.
- Regenmortel, T. van. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Interventions: theory and practice*. Volume 18, issue 4, pag 22-42.
- Rip, A. (2005) Om de kwaliteit van ervaringskennis ('On the quality of experience-based knowledge'), in: H. van Haaster and Y. Koster-Deese (eds.) *Ervaren en weten. Essays over de relatie tussen ervaringskennis en onderzoek (To experience and to know. Essays on the relation between experience-based knowledge and research)* (27-39). Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel. ISBN 90-6224-465-3
- Riper, H. (2008). *Curbing problem drinking in the digital calaxy*. Amsterdam: faculty of psychology and education, vrije universiteit.
- Riper, H., Smit, F, Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., Mutseers, K. (2007) *E-mental health, High Tech, High Touch, High Trust, programmeringstudie e-mental health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Rijen, A.J.G. van (in opdracht van de RVZ) (2005). *Internetgebruiker en veranderingen in de zorg*. Zoetermeer: Raad voor volksgezondheid en zorg. Rijswijk: Quantes
- RVZ (2005). *Van weten naar doen*. Rijswijk: Quantes.

- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. (2010). *Gezondheid 2.0, u bent aan zet*. RVZ: Den Haag
- Salzman, W.H. (2004). *Zorg met ICT, Een strategische verkenning aan de hand van diabetes mellitus*. Diemen: college voor zorgverzekeringen
- Schalken, F e.a./stichting E-hulp.nl (2010). *Handboek online hulpverlening: hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Schuurmans, J.G., El-Hadiday, F.M., Krom, A. & Walhout, B. (2007). *Ambient Intelligence, Toekomst van de zorg of zorg van de toekomst?* Den Haag: Rathenau Instituut.
- Spek, V. (2007). *Internet-based cognitive behaviour therapy for subthreshold depression in people over 2005 years old*. Ridderkerk: Ridderprint B.V.
- Terlouw, J. (g.d.) E-health levert patiënt veel op, 'onbekend maakt onbemind'.
- Timmer, S. (2010). Empowerment, het begrip ontleed.
http://changinghealthcare.files.wordpress.com/2010/03/empowerment-het-begrip-ontleed_100326.pdf
- Tjalsma, D. (2007). *Remote control! Toekomst en betekenis van telemedicine voor de zorggebruiker*. Utrecht: NPCF
- Velde, F. van der, Cihangir, S. & Borghans, H.I. in opdracht van Inspectie voor de gezondheidszorg (mei 2008). *E-health en domotica in de zorg: Kans of risico?* Utrecht: Prismant.
- Vergeer, M. (2005) GGZ en nieuwe media, *MVG mei*, pag 70-72.
- Versluis, N. en Rombout, B. Ambient technology, who cares? *Tijdschrift voor Verzorging en Beheer*, juli/augustus uitgave. Geraadpleegd op 21 dec 2009.
<http://zorginnovatieplatform.nl/upload/file/Documentatie/Ambient%20v2.pdf>
- Willems, C.G. (g.d.) *De toepassing van domotica in de zorg anno 2007, hoe kansen en mogelijkheden te benutten?* Hoensbroek: iRv, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap.
- Willems, C.G. *Komen tot succesvolle implementatie van Digital Care*. Saxion hogeschool, lectoraat technologie in zorg en Welzijn & Kenniscentrum Zorg en Technologie Hz Zuyd
- Wirtz, W. (2010). Slimme sensoren die de mens moeten dienen, SmartXp Universiteit Twente opent nieuw laboratorium voor functionele mensvriendelijke computersystemen. *Volkscrant*. jan 2010.

Geraadpleegde Internetbronnen:

www.actiz.nl
[www.zorginnovatieplatform](http://www.zorginnovatieplatform.nl)
www.nictiz.nl
www.zorgict.nl
www.vrijbaan.nl
www.request-vrijbaan.nl
www.icom.trimbos.nl
www.brainport.nl

Bijlagen

Bijlage 1: invloed van e-health op patiënt empowerment: Interviews en literatuur

Interviews

De bestudering van de uitkomsten van de invloed van e-health op empowerment van de patiënt vanuit de interviews geeft het volgende beeld.

Attitude verandering : meer verantwoordelijkheid mogelijk maar ook verwacht.

Door e-health is de interventie beschikbaar op het moment dat de patiënt deze nodig heeft, waardoor deze beter aansluit bij probleemlast. Hierdoor neemt de behandelmotivatie toe en neemt de patiënt meer verantwoordelijkheid voor het zorgproces. Van patiënten kan toekomstig ook verwacht worden dat zij zichzelf informeren.

Kennisinbreng verbeterd maar niet in ontwikkeling e-health

Patiënten hebben door e-health eigenstandig toegang tot informatie (ervarings- en professionele kennis). Patiënten verwachten wel inbreng van deskundigheid van de zorgverlener (professionele kennis). Patiënten zijn nog te weinig betrokken bij de ontwikkeling van e-health: hun ervaringskennis wordt in de ontwikkeltrajecten nauwelijks betrokken.

In dialoog meer zeggenschap en zelfbeschikking

Patiënten zijn door e-health beter geïnformeerd en nemen daardoor meer de regie (zeggenschap). Ze stellen zich meer op als gesprekspartner naar de zorgverlener. Dit ondersteunt de patiënt in zijn keuzeproces (zelfbeschikking). Patiënten worden meer betrokken bij zorgcoördinatie en besluitvorming (zelfbeschikking). De communicatiemogelijkheden op afstand en de mogelijkheid van a-synchroon contact dragen bij aan gezamenlijke besluitvorming (zelfbeschikking).

Samenwerking wordt bevorderd

E-health zorg voor een toename van de beschikbaarheid van de zorgverlener of zorginterventie, wat zelfbeheer ondersteunt maar ook gezamenlijke zorguitvoering in de thuissituatie. De patiënt kan monitortaken, registratie en zorghandelingen van de zorgverlener overnemen; de patiënt als mede-actor (gezamenlijk zorguitvoering). Dit doet tevens aan appel op gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Literatuur

De bestudering van de uitkomsten van de invloed van e-health op empowerment van de patiënt vanuit de literatuur geeft het volgende beeld.

Attitude: autonomie in verbondenheid

De toename van contactmogelijkheden en de zorgnabijheid op afstand als gevolg van e-health maakt andere woon- of woonzorgvormen mogelijk, waarbij behoud van autonomie (zelfstandigheid en zelfredzaamheid) meer op de voorgrond staan (Peeters, et al., 2008; Tjalsma, 2007; van der Velde, et al., 2008).

Gedeelde kennisinbreng wordt door informatie ontsluiting bevorderd

Door alle informatie over gezondheidszorg en aandoeningen die online te vinden is, wordt deze kennis op toegankelijke wijze voor iedereen ontsloten. Zo kan iedere patiënt of mogelijke patiënt, op elke plaats en ieder tijdstip de informatie zoeken waar hij vragen over heeft (Huson & Nordeman, 2008; van der Velde, et al., 2008). Deze toegankelijkheid biedt voordelen bij patiënten met fysieke beperkingen (Schalken, 2010; van der Velde et al., 2008) maar ook wanneer het klachten betreft waar men liever niet mee voor de dag komt, omdat er een taboe op rust (Huson & Nordeman, 2008). Patiënten zoeken actief naar informatie en betrekken dit in hun contacten met de zorgverlener, waardoor zij soms meer weten dan de professional zelf, zeker bij bijzondere aandoeningen (Huson & Nordeman, 2008).

Regieverschuiving in dialoog; meer zeggenschap en zelfbeschikking voor patiënten

Patiënten maken meer en meer gebruik van het Internet. Zij zoeken zelf informatie over hun ziekte of gezondheidsvragen. Ook publiceren zij zelf, over ziekte en gezondheid, voor zichzelf en andere patiënten, door een blog over gezondheid of ziekte of gebruik van nieuwe social media, zoals twitter (Engelen, 2010; RVZ, 2010). Hierdoor is dit niet langer voorbehouden aan professionals (Huson & Nordeman, 2008) en worden patiënten mondiger (Linthorst, 2006; van Gemert-Pijnen, et al., 2005; Van Rijen, 2005). Het fenomeen Patiënt Opinion Leaders ontstaat (POL) (RVZ, 2010).

E-health zorgt voor een grotere bereikbaarheid van de zorgverlener of het zorgaanbod. Het werkt drempelverlagend voor patiënten om vragen te stellen aan de zorgverlener (Van Gemert-Pijnen, et al., 2005; Keijser, 2005) en stimuleert de gelijkwaardigheid/zeggenschap in de dialoog. Er ontstaan als gevolg van e-health nieuwe zorgvormen waardoor de patiënt meer keuze mogelijkheden heeft om het zorgproces invulling te geven. De patiënt heeft meer keuze in interventies, maar kan ook makkelijker een second opinion aanvragen (van der Velde, et al., 2008). Kortom, de regie verschuift en de patiënt krijgt een meer centrale rol (de Kleijn et al., 2007; Engelen, 2010; RVZ, 2010; Tjalsma, 2007) en kan ook sturend zijn in deze rol (RVZ, 2010). De patiënt heeft wat sturing betreft verschillende behoeften in contact met de zorgverlener. Naast mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen en regie te hebben wenst deze ook sturing van de professional (Van Rijen, 2005).

Regieverschuiving in samenwerking; zelfbeheer en gezamenlijke zorguitvoering worden bevorderd

Zelfbeheer wordt gestimuleerd: De vindbaarheid, de anonimiteit (Huson & Nordeman, 2008; Riper, et al., 2007) en de 24 uren-beschikbaarheid van online informatie, e-buy producten, e-consult en e-therapie (Riper, et al., 2007; van der Velde, et al., 2008), zorgen voor laagdrempelige informatievoorziening en/of behandelmogelijkheid. Dit is juist van belang bij veelvoorkomende klachten die men als stigmatiserend ervaart, zoals probleemdrinken, depressie en jongerenproblematiek (Riper, et al., 2007).

Gezamenlijkheid, wordt bevorderd, wel op afstand: E-health toepassingen als zorg-op-afstand, het gebruik van videocommunicatie of online monitoring creëren een ring van nabijheid en zorg om de patiënt, met een grote variatie aan zorg en contactmogelijkheden (Grin, et al., 2008; Peeters, et al., 2008). De patiënt kan de zorgcentrale vierentwintig uur per dag benaderen bij vragen (Boonstra, et al., 2008). Ook de verbeterde bereikbaarheid van de thuiszorg wordt in dit kader genoemd (Grin, et al., 2008).

Doordat zorg in de thuisomgeving via toezichthoudende technologie of zorg-op-afstand door meerdere zorgverleners geboden wordt, ontstaan er voor de patiënt meer contactmomenten met meerdere zorgverleners. Tegelijkertijd zijn de fysieke contactmomenten voor de patiënt minder wanneer de zorgverlener een deel van de taken, bijvoorbeeld medicatiecontrole, via videocommunicatie afhandelt (Peeters, et al., 2008).

Bijlage 2: Invloed van e-health op werkwijze zorgverlener: Interviews en literatuur

Interviews

De bestudering van de uitkomsten van de invloed van e-health op de werkwijze van de zorgverlener vanuit de interviews geeft het volgende beeld.

Attitude vraagt meer nieuwe normen, meer vertrouwen en respect

E-health vraagt van de zorgverlener dat deze oude waarden en normen loslaat en toestaat dat de patiënt meer empowerd wordt. De zorgverlener dient vertrouwen te hebben in de patiënt. De zorgverlener dient hierbij te streven naar empowerment maar tegelijkertijd oog te houden voor de patiënt en zijn keuze (wel of niet de regie wensend) te respecteren.

Kennisinbreng is een verantwoordelijkheid voor kennis bieden en kennis ontvangen

E-health verbetert de informatievoorziening richting de patiënt maar de professional blijft verantwoordelijk voor de diagnose en moet zijn professionele kennis inbrengen. Hij heeft en houdt een verantwoordelijkheid voor de informatiestroom richting de patiënt, online en offline. Maar ook wordt van de zorgverlener gevraagd dat er geluisterd wordt naar het verhaal van de patiënt, naar zijn kennis over zijn ziekte en het leven daarmee.

Dialogoog vraagt aandacht voor de verantwoordelijkheid en zelfbeschikking van de patiënt

De zorgverlener dient aandacht te hebben voor de verantwoordelijkheid van de patiënt, in de keuzes van e-health interventies, in de zorgcoördinatie maar ook bijvoorbeeld bij ethische dilemma's zoals privacy. Hij dient de patiënt te betrekken in de besluitvorming hierover. De zorgverlener kan optreden als coach en zo de patiënt ondersteunen in zijn keuzes, maar ook optreden als coach in zelfmanagement.

Meer samenwerking op afstand mogelijk waarbij ieder zijn deel van de zorgverlening uitvoert

E-health biedt de zorgverlener meer mogelijkheden op afstand aanwezig te zijn. Ook kan de patiënt zichzelf monitoren en data invoeren. De nabijheid (via e-health op afstand) en patiënt als monitor voor zijn gezondheid (via online registratie/monitoring) leidt tot meer inzicht in het functioneren van de patiënt, wat samenwerking bevordert. De onderlinge verhoudingen veranderen door e-health, tussen patiënt en zorgverlener maar ook tussen zorgverleners onderling. E-health faciliteert de al in gang gezette taakherschikking tussen zorgverleners. Zorgverleners moeten als gevolg van e-health en taakherschikking opnieuw de balans in hun taakprofielen vinden.

Literatuur

De bestudering van de uitkomsten van de invloed van e-health op de werkwijze van de zorgverlener vanuit de literatuur geeft het volgende beeld.

Attitude

E-health vraagt een open attitude, een positieve houding voor de kansen op samenwerking (Keijser, 2005). De verticale afhankelijkheid wordt een horizontale afhankelijkheid, wat van beide partijen een andere houding, vaardigheden en handelingsrepertoire vraagt (Tjalsma, 2007).

Kennisinbreng

Informatie ontsluiting

E-health zorgt voor een toegankelijke ontsluiting van kennis voor iedereen, onder andere via online informatie over gezondheidszorg en ziekten. Informatie over zeldzame aandoeningen of nieuwe behandelmethoden komt beschikbaar voor zorgverleners (van der Velde, et al., 2008). Gecombineerd met de globalisering die ontstaat door Internet zorgt dit ervoor dat de zorgverlener zich niet langer alleen nationaal maar ook internationaal kan oriënteren op de beste zorg (Huson & Nordeman, 2008; van der Velde, et al., 2008). De oorspronkelijke

terughoudendheid van de professional jegens online informatie vermindert voorzichtig, men denkt steeds genuanceerder hierover (Keijser, 2005).

Inbreng ervaringskennis

De 24 uren beschikbaarheid van e-health biedt de zorgverlener veel meer nabijheid voor de patiënt (indien gewenst ook 24 uur per dag) en meer inzicht in het functioneren van de patiënt. Door de inzet van toezichthoudende technologie of monitorapplicaties waarbij de patiënt informatie inbrengt, heeft de zorgverlener meer informatie over het functioneren van de patiënt beschikbaar. Dit maakt gericht behandelen mogelijk (van der Velde, et al., 2008; Willems, g.d.). Deze vorm van ervaringskennis krijgt op deze manier een plek in de zorgverlening.

Dialog

Contactmogelijkheden met patiënten

Vormen van e-health, denk aan Internethulpverlening en e-mailcontact of e-consult, zorgen voor een grotere bereikbaarheid van arts, therapeut of therapie aanbod. Voor de zorgverlener biedt het e-consult ook de mogelijkheid om beter bereikbaar te zijn voor zijn patiënten (Van Gemert-Pijnen, et al., 2005; Keijser, 2005). Een combinatie van online en offline communicatie wordt gevraagd.

Regieverschuiwing

Samenwerking tussen zorgverlener en patiënt wordt gevraagd, ook in de fase van informatievoorziening en besluitvorming (Boshuizen, 2008; RVZ, 2010; Van Gemert-Pijnen, et al., 2005). De patiënt wordt meer en meer als gesprekspartner gezien (Huson & Nordeman, 2008; RVZ, 2010; Van Rijen, 2005). Doordat de patiënt als gevolg van e-health beter geïnformeerd is wordt een andere werkwijze van de professional gevraagd. Deze wordt meer een deskundig adviseur, die de patiënt helpt en ondersteunt in zijn zoektocht naar informatie (Engelen, 2010; Keijser, 2005; RVZ, 2010; Tjalsma, 2007). Bijvoorbeeld door op zijn site verwijzen naar betrouwbare sites over ziekte en gezondheid (RVZ, 2010).

Samenwerking

Taakverandering en regieverschuiwing in samenwerking

Er ontstaan door e-health nieuwe zorgvormen waardoor er voor de zorgverlener meer keuze mogelijkheden zijn om het zorgproces invulling te geven. Zo heeft de verzorgende in de wijk bijvoorbeeld de keuze om zorg fysiek te leveren of via videocommunicatie (Grin, et al., 2008), of de arts kan kiezen voor een fysiek consult of een e-consult, of face-to-face therapie of Internettherapie (Flim, 2009). Door e-health ontstaat de mogelijkheid voor online contact wat deels het fysieke contact vervangt. Zo gaan medewerkers van de thuiszorg minder vaak langs wanneer een deel van de taken, bijvoorbeeld medicatiecontrole, via videocommunicatie verloopt (Peeters, et al., 2008).

De patiënt wordt participant in zijn zorgproces, wat tot een andere zorgverlener-patiënt relatie leidt. Patiënt en zorgverlener werken samen, in de uitvoering van de zorg, vanuit verschillende kennissoorten, verantwoordelijkheden en rollen (Peeters, 2009; RVZ, 2010). Zorgverlenersrollen als expert-coach-controller-bewaker worden gevraagd (Van Gemert-Pijnen, et al., 2005). De samenwerking vraagt goede communicatie: afstemming over taken en verantwoordelijkheden tussen professional en patiënt, over informatiedeling en privacy maar ook over de uitvoering van zorgtaken (Tjalsma, 2007). Deze manier van werken vraagt ook meer transparantie over het gehele zorgtraject.

Bijlage 3: invloed e-health interventies op patiënt en zorgverlener op empowerment aspecten

In de tabellen is de invloed voor beiden weergegeven vanuit literatuur en interviews. De informatie uit de interviews is cursief en gemarkeerd met een *

Online informatie		
Aspecten	Patiënt	Zorgverlener
	Door Online informatie is kennis (professionele/ervaringsdeskundigheid, nationaal/internationaal) tijd en plaatsonafhankelijk beschikbaar (Huson & Nordeman, 2008; Engelen, 2010; Linthorst, 2006; Keijser, 2005; Helder, 2008). Hierdoor is de patiënt beter geïnformeerd over aandoeningen en behandelmogelijkheden (Huson & Nordeman, 2008; Helder, 2008; Linthorst, 2006; Keijser, 2005). Dit kan patiënt empowerment als volgt beïnvloeden:	
Attitude	Een beter geïnformeerde patiënt ervaart meer controle en meer zelfvertrouwen in contact met zorgverlener. Dit versterkt zijn gevoel van autonomie (Keijser, 2005). De cliënt kan hierdoor beter voorbereid naar het spreekuur/consult komen (Huson & Nordeman, 2008; Engelen, 2010; Keijser, 2005; Van Gemert-Pijnen, et al., 2005; van Rijen, 2005; RVZ, 2010; Huson & Nordeman, 2008). Bij moeilijke onderwerpen kan de patiënt zich al thuis voorbereiden. Hierdoor ervaart de patiënt tijdens het zorgcontact minder stress als (moeilijke) onderwerpen besproken (Keijser, 2005). De hoeveelheid online informatie vraagt ook bepaalde vaardigheid om hier goed mee om te gaan (Huson & Nordeman, 2008; Linthorst, 2006).	Online informatie vraagt van de zorgverlener de patiënt als gelijkwaardige gesprekspartner te zien, te respecteren en te benaderen (Keijser, 2005).
Kennis-inbreng	Online informatie zorgt ervoor dat de kennisachterstand die de patiënt heeft op de zorgverlener minder wordt (RVZ, 2010; Van der Velde et al., 2008; Huson & Nordeman, 2008; Keijser, 2005). Door gebruik van Online informatie is de patiënt beter geïnformeerd waardoor deze meer begrip heeft van de ziekte en het zorgproces (Keijser, 2005). <i>* Online informatie zorgt ervoor dat de kennis van de deskundige naast die van de patiënt geplaatst wordt.</i>	De online informatie vraagt een plek in het zorgcontact (Keijser, 2005) Van de zorgverlener wordt gevraagd om zijn kennis online te delen met anderen (Peeters, 2009).
Dialogoog	Beter geïnformeerd zijn leidt tot betere samenwerkingsmogelijkheden tussen zorgverlener en patiënt wat onderlinge communicatie en de gezamenlijke besluitvorming over de zorg bevordert (Keijser, 2005). <i>* Beter geïnformeerd zijn als patiënt leidt tot ander keuzes en verantwoordelijkheden.</i>	De patiënt wordt (beetje bij beetje) meer als gesprekspartner gezien (Huson & Nordeman, 2008). In de consulten wordt van de zorgverlener meer de rol van coach en deskundig adviseur gevraagd, in tegenstelling tot de expertrol die voor de tijd van Internet meer van toepassing was (Keijser, 2005). De inbreng in de dialoog is niet meer gericht op informeren maar coachen en adviseren in het omgaan met de hoeveelheid informatie (Engelen, 2010; Linthorst, 2006; Keijser, 2005) In dialoog zal de professional zich minder moeten richten op noodzakelijke kennisoverdracht maar vooral op verdieping van kennis (Linthorst, 2006; Engelen, 2010; Keijser, 2005). <i>* De professional kan de patiënt coachen in het op juiste wijze gebruiken van de informatie.</i>
Samenwerking	Meer begrip leidt bij de patiënt ook tot een sterker gevoelde verantwoordelijkheid voor zijn gezondheidszorg, meer tevredenheid over de zorgverlening en toegenomen kwaliteit van leven (Keijser, 2005).	

Tabel e-health interventie en invloed

Social Media		
Aspecten	Patiënt	zorgverlener
	Social media bieden patiënten de mogelijkheid met elkaar ervaringen uit te wisselen over aandoening en behandeling (Engelen, 2010; RVZ, 2010). Social media worden veel gebruikt als nieuwe vorm van lotgenoten contacten. Dit kan patiënt empowerment als volgt beïnvloeden:	
Attitude	De uitwisseling via social media ondersteunt bij verwerking en acceptatie (realistisch zelfbeeld) van de aandoening (RVZ, 2010). Social media bieden mogelijkheden voor online community building, gericht op persoonlijke, sociaal emotionele ondersteuning van de patiënt (competentie) (RVZ, 2010). Het isolement als gevolg van de aandoening kan door social media verminderen (autonomie in verbondenheid) en verbetert de kwaliteit van leven. Patiënten empoweren elkaar met gebruik van blogs of social media (zingeving en competentie) (Huson & Nordeman, 2008; Engelen, 2010; Linthorst, 2006; Keijser, 2005)	* <i>Deelnemen aan, of benutten van de Social Media in de zorgverlening, vragen van de zorgverlener een open gelijkwaardige en respectvolle houding ten opzichte van het medium en de inbreng van de patiënt.</i> <i>Deelname aan social media vraagt van de zorgverlener een open houding. (gelijkwaardigheid en respect).</i>
Kennis-inbreng	Patiënten informeren zichzelf en publiceren zelf, online. Social Media biedt tegenwicht aan de klinische benadering (RVZ, 2010; Huson & Nordeman, 2008; Engelen, 2010). Het creëert ruimte voor onderlinge gelijkwaardige uitwisseling van ervaringsdeskundigheid (RVZ, 2010). * <i>Social media bieden een stem aan de ervaringsdeskundigheid.</i>	* <i>De ontwikkelingen in de social media en het belang dat patiënten dit toekennen vragen van de zorgverlener om online te zijn en actief te participeren op de social media sites. Social media bieden de zorgverlener kansen om te leren en daarmee te profiteren van de ervaringskennis van de patiënt.</i> * <i>Social media kunnen benut worden in het contact tussen zorgverlener en patiënt. Het biedt de zorgverlener meer inzicht in de patiënt en diens beleving van de zorgverlening. De zorgverlener kan leren van de patiënt door deelname aan social media.</i>
Dialogoog	Er zijn veel patiënten communities. De online toegankelijkheid, eventuele anonimiteit en mogelijkheid van a-synchroon contacten bevorderen uitwisseling (zeggenschap) (Huson & Nordeman, 2008; Keijser, 2005; RVZ, 2010). Het kan persoonlijke en professionele besluitvorming ondersteunen (zelfbeschikking) (RVZ, 2010).	* <i>Een dialoog op basis van gelijkwaardigheid is mogelijk, maar vraagt de juiste attitude (gelijkwaardigheid).</i>
Samenwerking	Social media maken samenwerking tussen patiënt en zorgverlener mogelijk. Daardoor verschuift de regierol deels van zorgverlener naar patiënt (gezamenlijkheid) (RVZ, 2010; Engelen, 2010).	Kennisuitwisseling via social media zorgt voor nieuwe machtsrelaties in de zorg en waardering van de zorg. Het zorgt voor nieuwe verhoudingen. De regierol verschuift naar de patiënt (gezamenlijkheid) (Engelen, 2010; RVZ, 2010).

Vervolg Tabel e-health interventie en invloed

Zelftesten		
Aspecten	Patiënt	zorgverlener
	De online beschikbaarheid, nationaal en internationaal, van zelftesten bieden patiënten mogelijkheden om hun eigen gezondheid te beheren, of zelf klachten te onderzoeken (Van der Velde et al., 2008). Dit draagt bij aan de kwaliteit van leven (Geerstema, 2008). Dit kan patiënt empowerment als volgt beïnvloeden:	De aanwezigheid van zelftesten betekent dat de professional voor een deel buiten beeld blijft. De patiënt voert (een deel van) de zorg of screening in eigen beheer uit.
Attitude	Zelftesten kunnen in de thuissituatie ingevuld worden, dit is drempelverlagend voor de patiënt (competentie). (Huson & Nordeman, 2008; Keijser, 2005; Van der Velde et al., 2008)	--
Kennis-inbreng	---	--
Dialogo	De patiënt kan de zelftest en uitkomst bespreken in het consult (zeggenschap). De beschikbaarheid draagt bij aan keuzemogelijkheid (zelfbeschikking) (Huson & Nordeman, 2008; Keijser, 2005). * <i>Patiënten kunnen de uitkomst van de test op eigen initiatief bespreken met de zorgverlener (zeggenschap).</i> * <i>De internationale beschikbaarheid van zelftesten vergroot de keuzemogelijkheid van patiënten (zelfbeschikking).</i>	* <i>De zorgverlener heeft een taak patiënten te coachen in gebruik van online zelftesten: coachen vanuit zijn deskundigheid.</i>
Samenwerking	Zelftesten dragen bij aan zelfmanagement, De patiënt kan hierdoor meer verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid nemen (zelfbeheer) (Van der Velde et al., 2008). * <i>Testen kunnen zelfstandig gedaan worden, en patiënt zien meteen zelf de uitkomsten (zelfbeheer).</i>	De zorgverlener wordt betrokken indien de zelftest besproken wordt in het consult. Dan is deze medeverantwoordelijk, voor omgang met de uitkomsten (Huson & Nordeman, 2008).

Vervolg Tabel e-health interventie en invloed

e-communicatie		
Aspecten	Patiënt	zorgverlener
	Patiënten hebben behoefte aan e-communicatie. De mogelijkheden in de praktijk zijn echter nog beperkt (Boshuizen, 2008; van Rijen, 2005; RVZ, 2010). Deze virtuele contacten leiden tot een hogere patiënt tevredenheid. Een bijzondere vorm positie hierin hebben de online beslisbomen. E-communicatie kan patiënt empowerment als volgt beïnvloeden:	
Attitude	--	E-communicatie vraagt van de zorgverlener dat deze ook online tijd creëert om contact met zijn patiënten te hebben (209): een andere indeling van de beschikbare on- en offline tijd. Dit kan mogelijk het (telefonisch) spreekuur ontlasten (Van Gemert-Pijnen, et al., 2005, Keijser, 2005).
Kennis-inbreng	E-communicatie creëert, naast praktische vragen, ook meer ruimte voor uitwisseling over de psychosociale kant van de aandoening (Van Gemert-Pijnen, et al., 2005).	In online beslisbomen is kennis van de professional gestandaardiseerd en toegankelijk voor de patiënt (Keijser, 2005).
Dialogoog	De a-synchrone contactmogelijkheid en het drempelverlagende karakter ondersteunen de communicatie waardoor de patiënt makkelijker vragen kan en durft te stellen (zeggenschap). Door e-communicatie zijn patiënten meer betrokken bij de besluitvorming (zelfbeschikking) (Keijser, 2005; RVZ, 2010). De zorgverlener wordt bereikbaarder voor de patiënt. (zeggenschap) (Van Gemert-Pijnen, et al., 2005; Keijser, 2005). De online beslisbomen en 24/7 beschikbaarheid hebben de potentie om de patiënt te ondersteunen in zijn besluitvorming (zelfbeschikking) (Keijser, 2005).	--
Samenwerking	Patiënten zijn door gebruik van e-communicatie meer betrokken bij de zorgverlening (zelfbeheer) (Van Gemert-Pijnen, et al., 2005).	E-communicatie en de a-synchrone contactmogelijkheid bieden de zorgverlener een andere samenwerking in het zorgcontact, en kan bijvoorbeeld benut worden in voorbereiding op het zorgcontact (Van Gemert-Pijnen, et al., 2005, Kleijn et al., 2007, Keijser, 2005, Linthorst, 2006).

Vervolg Tabel e-health interventie en invloed

Personal Health Record (PHR)		
Aspecten	Patiënt	zorgverlener
	Gebruik van een PHR als onderdeel van de zorgverlening, verhoogt de service en ondersteunt zelfregie. Het creëert betrokkenheid van de patiënt, bij zijn gegevens en behandeling. Dit vergroot de motivatie voor het zorgproces. Dit kan patiënt empowerment als volgt beïnvloeden:	Een PHR heeft als groot voordeel dat het dossier ook in te zien is op het Point of Care: de zorgverlener heeft altijd toegang tot de (medische) informatie (Keijser, 2005). Hierdoor ontstaat er meer continuïteit in de zorg.
Attitude	--	--
Kennis-inbreng	Doordat de patiënt zelf informatie toevoegt aan het dossier, krijgt zijn ervaringskennis een plaats in de zorgverlening (Heldoorn, 2008; RVZ, 2010). <i>* De patiënt kan zelf informatie toevoegen: naast waarden kan zo ook ervaringskennis in het dossier opgenomen worden.</i>	<i>* Voordeel is dat ervaringsverhaal onderdeel wordt van het patiëntdossier.</i>
Dialogoog	Een PHR versterkt de patiënt in zijn rol als medebeslisser, omdat deze beschikking heeft over alle informatie (zelfbeschikking) (Heldoorn, 2008, Keijser, 2005).	--
Samenwerking	De patiënt kan via een PHR zijn eigen medische informatie bijhouden en krijgt daarmee meer de regie. De patiënt kan testuitslagen meteen inzien (Heldoorn, 2008). De patiënt wordt het middelpunt van het zorgproces. Een PHR bevordert betrokkenheid van patiënten bij de zorgverlening. Deze kan hierdoor ook meer verantwoordelijkheid nemen voor de zorg (gezamenlijkheid) (Keijser, 2005; Heldoorn, 2008). Zelfmanagement wordt bevorderd. (zelfbeheer) (Keijser, 2005). <i>* Doordat de patiënt zijn eigen zorginformatie kan inzien, wordt zelfregie en betrokkenheid van de patiënt bij het zorgproces ondersteund (gezamenlijkheid).</i>	<i>* Gebruik van een PHR kan de administratieve last bij de zorgverlener verminderen, wanneer een patiënt zelf informatie kan toevoegen aan zijn dossier (gezamenlijkheid).</i>

Vervolg Tabel e-health interventie en invloed

Online cursus		
Aspecten	Patiënt	Zorgverlener
	De online cursus biedt informatie, voorlichting en instructie over de aandoening en hiermee te leven (Linthorst, 2006; Heldoorn, 2008; Riper et al., 2007). Dit leidt tot meer zelfredzaamheid van de patiënt (Keijser, 2005). De 24-uurs beschikbaarheid en snelle toegang stimuleert deelname (Linthorst, 2006). Dit bevordert de kwaliteit van leven en verbetert de kwaliteit van zorg. Dit kan patiënt empowerment als volgt beïnvloeden:	Online cursussen kunnen met en zonder ondersteuning van de zorgverlener geboden worden.
Attitude	Deelname aan online cursussen vraagt enige zelfredzaamheid maar stimuleert dit ook (verantwoordelijkheid) (Linthorst, 2006). (het gevoel van) stigmatisering vermindert, door de afwezigheid van contacten met een zorginstelling (zelfrespect) (Riper et al., 2007; Schalken, 2010).	--
Kennis-inbreng	De synchrone cursussen, zeker wanneer meerdere patiënten online aanwezig zijn versterken interactie wat kennisuitwisseling bevordert (Linthorst, 2006).	Doordat een deel van de cursussen onbegeleid zijn is kennisinbreng van de professional beperkt tot de fase van ontwikkeling van de interventie (Schalken, 2010).
Dialogoog	Doordat er een groeiend aanbod is, neemt ook de keuzemogelijkheid voor de patiënt toe. De patiënt is zelf initiator van een online cursus, hij bepaalt op welke wijze hij wil deelnemen. (Zelfbeschikking.) (Linthorst, 2006; Riper et al., 2007; Schalken, 2010). In de begeleidde cursussen in de patiënt leidend in de dialoog (zeggenschap) (Schalken, 2010). De afwezigheid van nonverbale signalen en paralinguale informatie hebben op beide partijen invloed. Misverstanden en/of miscommunicatie liggen eerder op loer en de patiënt is meer dan in de face to face begeleiding leidend in de communicatie (zeggenschap) (Schalken, 2010).	De betrokken zorgverlener zal zijn communicatie moeten aanpassen aan online communiceren (Schalken, 2010). De afwezigheid van nonverbale signalen en paralinguale informatie hebben op beide partijen invloed. Misverstanden en/of miscommunicatie liggen eerder op loer en de patiënt is meer dan in de face-to-face begeleiding leidend in de communicatie. Ook zal de zorgverlener in zijn communicatie meer moeten aansluiten bij de leefwereld en communicatiestijl van de patiënt, bij gebrek aan non-verbale signalen (Schalken, 2010). De patiënt is meer leidend in de communicatie. Deze bepaalt onderwerp en gespreksfrequentie en duur (Schalken, 2010).
Samenwerking	De online cursus ondersteunt de patiënt in de mogelijkheid tot zelfzorg, het in zelfbeheer uitvoeren van zorghandelingen (Keijser, 2005; Linthorst, 2006; Riper et al., 2007; Schalken, 2010). . Empowerend is dat dit ook onbegeleid of a/synchroon begeleid mogelijk is, waarmee de patiënt zelf verantwoordelijk is voor zorg en gezondheid en omgaan hiermee (Keijser, 2005; Riper et al., 2007; Schalken, 2010) . <i>* Patiënt kan zelf het moment en tempo van deelname bepalen (zelfbeheer).</i> <i>* Online cursussen bieden de mogelijkheid actief kennis op te nemen en met je eigen functioneren te verbinden. De patiënt kan door gebruik van online cursussen zelf de verantwoordelijkheid voor de zorg nemen (zelfbeheer).</i>	De patiënt is leidend in het de (a)-synchrone zorgcontacten (Schalken, 2010).

Vervolg Tabel e-health interventie en invloed

Online behandeling		
Aspecten	Patiënt	Zorgverlener
	de 24-uurs beschikbaarheid, makkelijke toegang, vaak anonieme deelname zijn voordelen van online behandeling (Riper et al., 2007; Schalken, 2010, Spek, 2007). Dit kan patiënt empowerment als volgt beïnvloeden:	Online behandelinterventies kunnen met en zonder ondersteuning van de zorgverlener geboden worden. Inhoudelijke protocollen, die ten grondslag liggen aan Internetbehandelingen van bijvoorbeeld psychische klachten, worden door behandelaars soms te veel als keurslijf ervaren, terwijl hier de basis hier onderzoek is en de interventie daarmee 'best practice' is.
Attitude	Doordat de patiënt in de vertrouwde thuissituatie de behandeling kan volgen, toont deze meer openheid in zijn antwoorden. Ook geeft dit de patiënt meer tijd voor reflectie (zelfbeeld en competentie) (Schalken, 2010) (Het gevoel van) stigmatisering vermindert doordat contacten met een zorgorganisatie ontbreken. (zelfrespect.) (Huson & Nordeman, 2008; Keijser, 2005; Riper et al., 2007; Schalken, 2010, Spek, 2007)	De zorgverlener dient vertrouwen in de zelfhulpmogelijkheden van de patiënt te hebben en kan diens keuzes (doorgaan/stoppen) alleen maar respecteren. De zorgverlener moet de verantwoordelijkheid voor de gezondheid over laten aan de patiënt, hij kan slechts op afstand signaleren en adviseren (vertrouwen en respect) (Schalken, 2010).
Kennis-inbreng	Doordat behandeling thuis plaatsvindt, heeft de patiënt rust en voldoende tijd om te reflecteren over zijn inbreng. Dit versterkt de patiënt in zijn inbreng (ervaringskennis) (Schalken, 2010).	De zorgverlener heeft bij online behandeling vooral kennisinbreng tijdens de ontwikkeling daarvan. Tijdens de uitvoering alleen indien dit een begeleide behandeling is (Keijser, 2005; Riper et al., 2007; Schalken, 2010).
Dialog	De keuzemogelijkheid wordt vergroot omdat online behandeling niet regiogebonden is en het aanbod laagdrempelig toegankelijk is (Huson & Nordeman, 2008; Schalken, 2010; Spek, 2007). De veelheid aan interventies en onduidelijkheid over de herkomst bemoeilijkt soms ook de keuze (zelfbeschikking) (Riper, et al., 2007).	De zorgverlener moet afgaan op de schriftelijke informatie die de patiënt verstrekt. Hij mist de non-verbale communicatie. De zorgverlener dient zelf eenduidig en uitnodigend te communiceren (Schalken, 2010) .
Samenwerking	De patiënt is meer leidend in de zorguitvoering (zelfbeheer) (Schalken, 2010). De patiënt kan naar eigen behoefte zelf tijd en plaats en frequentie van de behandelmomenten bepalen (zelfbeheer). (Schalken, 2010)	De zorgverlener zal de regie in de behandeling meer bij de patiënt moeten laten. De zorgverlener is minder leidend en moet de verantwoordelijkheid voor de zorguitvoering meer bij de patiënt laten. De zorgverlener kan minder makkelijk ingrijpen in geval van crisis (Keijser, 2005; Schalken, 2010) .

Vervolg Tabel e-health interventie en invloed

Domotica		
Aspecten	Patiënt	zorgverlener
	Toepassing van domotica kan in de woonsituatie ondersteuning bieden. Veel toepassingen zijn op zichzelf empowerend omdat ze ervoor zorgen dat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen (Willems, g.d. ; Inspectie voor de gezondheidszorg, 2009). Dit kan patiënt empowerment als volgt beïnvloeden:	De functie en taak van de zorgverlener veranderen, een deel van de zorg wordt toezicht houden op afstand. Er ontstaan nieuwe zorgfuncties die andere competentie vragen, denk aan de zorgcentralist.
Attitude	Domotica vergroot het gevoel van veiligheid en geborgenheid. De zelfredzaamheid, zelfbepaling/ zelfbeschikkingmogelijkheden en zelfstandigheid kan versterkt worden door gebruik van domotica. (autonomie & competentie) (Willems, g.d. ; Inspectie voor de gezondheidszorg, 2009; Van der Velde et al., 2008; De praktijk index et al., 2009). <i>* Patiënten kunnen voor zichzelf kunnen zorgen en voelen zich veiliger (autonomie)</i>	
Kennis- inbreng	--	
Dialogoog	Domotica ondersteunt de behoefte aan communicatie (Willems, g.d. ; Inspectie voor de gezondheidszorg, 2009). Tegelijkertijd creëert het ook afstand in het contact, wat kan leiden tot wantrouwen bij psychiatrische patiënten (Huson & Nordeman, 2008). (zegenschap). Ook kan er minder fysiek contact zijn, wat tot eenzaam kan leiden (Van der Velde et al., 2008; Huson & Nordeman, 2008). De patiënt kan zelf actief hulp kan vragen via het systeem (zelfbeschikking) (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2009; Van der Velde et al., 2008; Kleijn et al., 2007; Huson & Nordeman, 2008).	<i>* De zorgverlener wordt, onverwacht en soms ongewenst met intieme beelden geconfronteerd. Op ethisch verantwoorde wijze hier mee omgaan, vraagt een andere benadering dan in de face-to-face contacten.</i>
Samen- werking	Continue monitoring is mogelijk en patiënten kunnen zelf actief om hulp vragen (Van der Velde et al., 2008).	De zorgverlener kan met behulp van domotica op afstand patiënten continue volgen en zorg bieden wanneer nodig (Van der Velde et al., 2008; Boonstra et al., 2008; Huson & Nordeman, 2008). De directe zorgverlening verandert, door toezicht via domotica (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2009; Van der Velde et al., 2008; Boonstra et al., 2008). <i>* De zorgverlener kan op afstand toezicht houden.</i>

Vervolg Tabel e-health interventie en invloed

Zorg-op-afstand, Telecare, Telemedicine		
Aspecten	Patiënt	zorgverlener
	<p>Telecare bevordert empowerment van de patiënt. De applicaties zorgen voor een betere bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg en zorgverlener (Keijser, 2005). Videocommunicatie kan opname in ziekenhuis verkorten of opname in een verpleeg of verzorgingstehuis uitstellen. Ervaringen met videocommunicatie worden door alle actoren in de zorg gewaardeerd. De beeldverbinding is van toegevoegde waarde. Afhandeling van zorgoproepen via videocommunicatie is sneller dan via reguliere zorgcontacten en vergroot daarmee de kwaliteit van zorg (Boonstra et al., 2008). Online monitoring kan de zorg toegankelijker maken en de kwaliteit van zorg verhogen (Van der Velde et al., 2008). Monitorapplicaties zorgen ervoor dat patiënten beter kunnen leven met hun aandoening en verhogen ze de kwaliteit van leven. Monitoring in combinatie met feedback levert gestandaardiseerde coaching. Dit verhoogd de kwaliteit van de zorg en kwaliteit van leven. Dit kan patiënt empowerment als volgt beïnvloeden:</p>	<p>De beeldverbinding in de zorgverlening wordt gewaardeerd, omdat het prettig is om letterlijk te kunnen kijken in de omgeving van de patiënt (Grin et al., 2008). Gebruik van de beeldverbinding verkleint het gevoel van afstand (Borghuis, 2007). Belangrijk is dat door gebruik van de monitorapplicatie de zorgverlener meer zicht heeft op het functioneren van de patiënt, waardoor de kwaliteit van de zorg verbetert. De taakinving van de zorgverlener dient afgestemd te worden op de inzet van technologie. Ook kan er een combinatie van verpleegkundige, sociale en technische taken ontstaan of zelfs een functie van infomediair; een verpleegkundige die de patiënt coacht bij gebruik van e-health (Keijser, 2005). Vooral bij zorgcentralisten is duidelijk dat de sleutelpositie die zij hebben andere competenties vraagt (Flim, 2009). Ook is de ervaring dat onnodige zorgactiviteiten, bijvoorbeeld rondes lopen, kunnen verminderen waardoor er meer tijd is voor werkelijke zorgvragen.</p>
Attitude	<p>ZTT vergroot bij patiënten het gevoel van veiligheid (Boonstra et al., 2008; Peeters et al., 2008; Grin et al., 2008; Boshuizen, 2008). ZTT ondersteunt de zelfredzaamheid (Terlouw, g.d., Keijser, 2005), en zelfstandigheid van de patiënt (competentie). Patiënten hebben daardoor langer de regie over hun leven (autonomie) (Boonstra et al., 2008; Grin et al., 2008; Peeters et al., 2008; 24; Peeters & Francke, 2009). ZTT kan eenzaamheidsgevoelens door de communicatiemogelijkheden verminderen (Borghuis, 2007).</p> <p><i>* ZTT vergroot bij patiënten het gevoel van veiligheid. ZTT ondersteunt de zelfredzaamheid (competentie en autonomie).</i></p>	
Kennis-inbreng	<p>ZTT faciliteert kennisinbreng van patiënten: ze voeren zelf informatie in, meetwaarden of informatie over hun gezondheidssituatie en sturen dit naar de zorgverlener (RVZ, 2010).</p>	<p>Monitoring biedt zorgverleners op afstand meer inzage in het ziekteverloop en de gezondheidstoestand van de patiënt. (Peeters et al., 2008; Marrewijk, g.d.; Terlouw, g.d.)</p> <p><i>* De zorgverlener heeft een vollediger beeld van de patiënt, doordat de patiënt zelf informatie registreert. De patiënt is zichtbaarder voor de zorgverlener.</i></p>
Dialogoog	<p>Door gebruik van ZTT kan de zorgvrager op elk moment in contact komen met de zorgverlener (zeggenschap) (Grin et al., 2008; Borghuis, 2007).</p> <p><i>* Communicatie aspect van ZTT zorgt voor meer mondigheid bij de patiënt (zeggenschap).</i></p>	<p>De rol van de zorgverlener verandert van zorguitvoerder naar begeleider, coach en (zorg)coördinator van en voor de patiënt (Peeters et al., 2008; Riper et al., 2007).</p> <p>De rol van de zorgverlener verandert, de focus ligt meer op interpretatie van de data en de achterliggende hulpvraag, in plaats van dataregistratie (Keijser, 2005; Marrewijk, g.d.; Terlouw, g.d.).</p>

<p>Samen- werking</p>	<p>Patiënten houden langer de regie omdat ze zichzelf kunnen monitoren (zelfbeheer) (RVZ, 2010) ZTT bevordert dat de regie en verantwoordelijkheid voor de zorguitvoering meer bij de patiënt ligt (Grin et al., 2008).</p> <p>ZTT zorgen voor uitwisseling over de gezondheidssituatie, tussen patiënt en zorgverlener en zijn ondersteunend in de samenwerking (gezamenlijkheid). Patiënten durven meer zorgtaken op zich te nemen, dit vermindert de afhankelijkheid van de zorgverlener en zorguitvoering en bevordert zelfstandigheid.(zelfbeheer) (Van der Velde et al., 2008; Grin et al., 2008; Peeters & Francke, 2009; Peeters et al., 2008; Tjalsma, 2007; Kleijn et al., 2007)</p> <p>Patiënten kunnen zelf de zorgtaken integreren in hun leven, waardoor ze meer grip op leven en zorg hebben (zelfbeheer).(Tjalsma, 2007; Linthorst, 2006)</p> <p><i>* Patiënten hebben meer zelf de regie, omdat ze zichzelf kunnen monitoren. Informatie over het verloop van de aandoening is inzichtelijk voor de patiënt waardoor ze hun gezondheid beter kunnen beheren (zelfbeheer).</i></p>	<p>Er kan een taakverschuiving plaatsvinden tussen professionals onderling, bijvoorbeeld van arts naar verpleegkundige (Boonstra et al., 2008). Zichtbaar wordt dat taken en functies bij zorg-op-afstand veranderen (Grin et al., 2008; Peeters et al., 2008).</p> <p>ZTT creëert een cirkel van presentie door de 24-uurs beschikbaarheid (Grin et al., 2008; Marrewijk, g.d.; Terlouw, g.d.).</p>
---------------------------	--	--

Vervolg Tabel e-health interventie en invloed

Bijlage 4: Respondenten

Voor het onderzoek zijn de volgende personen geïnterviewd:

Drs. Chris Flim	Flim P&C, Nederlandse vereniging voor e-health
Dr. Laurence Alpay	TNO Kwaliteit van leven
Dr. Lisette van Gemert-Pijnen	E-health research centre Universiteit Twente
Dr. Heleen Riper	Vrije universiteit, afd. Klinische psychologie & GGZinGeest/ I.com, Trimbos instituut.
Mw. Marjolein Delsing	HestiCare.

Aan het expertpanel namen deel:

Drs. Chris Flim	Flim P&C, Nederlandse vereniging voor E-health
Drs. Maarten Oosterkamp	GGZ Nederland
Dr. Marcel Heldoorn	NPCF
Mw. Marjolein Delsing	HestiCare
Drs. Jan Jongmans	Achmea