



Visie en uitgangspunten zorgtechnologie voor eerstelijns diëtisten

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	3
1 Context van diëtetiek	4
2 Visie op eHealth	6
2.1 Visie en kernprincipes toegelicht	6
3 Stip op de horizon	9
4 Uitdaging ontwikkeling en implementatie	11
5 De uitdagingen	12
5.1 Uitdaging adoptie en acceptatie	12
5.2 Uitdaging digitaal samenwerken kun je niet alleen	12
5.3 Uitdaging brede beschikbaarheid, ook bij een krappere beurs.....	12
5.4 Uitdaging marktwerking en kwaliteit	12
6 Afsluitend	13

INLEIDING

De NVD heeft samen met enkele praktijken, die de afgelopen jaren ervaring hebben opgedaan met de inzet van eHealth, een visie ontwikkeld voor de eerstelijns diëtist. Omdat de context van de eerstelijns diëtist anders is dan die van de diëtist werkzaam in de tweede lijn, is er een keuze gemaakt om dit visiedocument specifiek te richten op de diëtist die werkzaam is in de eerste lijn. Het een en ander vloeit ook voort uit de opdracht vanuit de Bestuurlijke Afspraken Paramedische zorg. Een vertaling naar de tweede en derde lijn is een volgende stap.

Innovatie in de eerste lijn kent enkele bijzondere uitdagingen, die we in de ontwikkeling van deze visie steeds voor ogen hebben gehouden. Denk aan de kleinschaligheid van de praktijken, met vele solopraktijken, waarbij patiëntenzorg voorgaat en er geen tijd en geld is voor innovatie. Op een enkele bevlogen professional na die affiniteit met digitalisering heeft en hier tijd voor maakt. Zij vinden zelf het wiel uit, keer op keer.

In dit visiedocument schetsen we de context en de ambitie. Vervolgens geven we aan hoe innovatie gefaseerd vorm kan krijgen en hoe innovatiekracht kan ontstaan door krachtenbundeling.

Deze visie is tot stand gekomen met hulp en inbreng van onderstaande diëtisten en/of praktijkhouders:

- Miranda Kienhuis, Diëtisten Groep Nederland
- Andre Vervloet, Voediëtist
- Jolande van Teeffelen, Diëtistenpraktijk HRC
- Martine van der Zee, Diëtheek.

Veel leesplezier en inspiratie gewenst.

1 CONTEXT VAN DIËTETIEK

De regiobeelden¹ laten de uitdagingen voor de komende jaren in de gezondheidszorg zien. Er zijn veel chronische aandoeningen die aan voeding gerelateerd zijn. Denk aan ziektes als diabetes, hart en vaatziekten, obesitas en ondervoeding, oncologie, maag- darmklachten, COPD, Parkinson en dementie. Tegelijkertijd wordt de impact van de vergrijzing nu goed zichtbaar. Er zijn meer ouderen, en dus ook meer ouderen die langer leven en thuis wonen met chronische aandoeningen.

Bij hiervoor genoemde ziektebeelden levert een optimale voedingstoestand een positieve bijdrage aan klachtvermindering en/of herstel of een bijdrage aan uitstel (of verergering) van chronische klachten bij tijdig ingrijpen². Meer aandacht voor gezonde voeding, adequate voedingszorg en tijdige signalering van een disbalans in de voedingstoestand is nodig om de druk op de gezondheidszorg te verlagen. Een optimale voedingstoestand zorgt voor reductie of preventie van klachten en draagt daarmee bij aan het verminderen van kosten in de specialistische tweedelijns gezondheidszorg.

Naast aandacht voor voeding bij ouderen of mensen met chronische klachten is ook aandacht voor een gezond voedingspatroon bij ouderen in het algemeen nodig. Ouderdom gaat gepaard met een verminderde eet- en drinkprikkel. Dit vraagt aandacht voor voldoende inname van vocht en voeding. Daarnaast vragen fysieke risico's als botontkalking of uitdroging om aandacht voor inname van de juiste voeding zodat de juiste micronutriënten bijdragen aan bijvoorbeeld verlaging van het valrisico en risico op botbreuken.

Er is duurzame gedragsverandering nodig op het gebied van voeding, gericht op vermindering of preventie van klachten en ziektebelasting van de kwetsbare ouderen of de chronische patiënt³. Zonder duurzame gedragsverandering is er een groot risico op terugval in oud gedrag en daarmee ook terugval in probleemverergering, met bijbehorende toenemende zorgvraag.

De bijdrage aan de behandeling of preventie middels een persoonlijke goede voedingsstatus en het komen tot een duurzame gedragsverandering in vocht- en voedingsinname is bij uitstek het vakgebied van de diëtist. Voor de komende jaren vraagt dit, nog meer dan voorheen, actieve inzet en beschikbaarheid van de diëtist, als paramedicus in de eerste lijn, zodat deze bijdraagt aan krachtige eerstelijns gezondheidszorg en regionale samenwerking vanuit principes van passende zorg. Het belang van een krachtige eerstelijnszorg sluit aan bij de speerpunten van het Integraal ZorgAkkoord⁴.

De uitdaging voor de toekomst is echter dat er een verwacht tekort aan diëtisten ontstaat, zeker vanuit de groeiende aandacht voor preventie, gezonde leefstijl en de ambitie dat iedere kwetsbare Nederlander een gezonde voedingstoestand heeft. Dit doet een dringend appel op het efficiënter omgaan met de schaars beschikbare tijd en vraagt om verhoging van de productiviteit van de eerstelijns diëtist, zonder de werkdruk te verhogen.

Voor de beroepsgroep diëtisten alle redenen om nu de visie op eHealth⁵, digitalisering en innovatie via zorgtechnologie te verwoorden. De toenemende zorgvraag, de druk op de zorg en de roep om een stevigere eerstelijns gezondheidszorg vragen om een moderne invulling van het vak, waarin digitalisering en innovatie met behulp van zorgtechnologie niet kan ontbreken. Door inzet van zorgtechnologie nemen bijvoorbeeld de mogelijkheden voor actieve vroegsignalering, maar ook voor het ondersteunen van de patiënt en diens mantelzorger, toe. Het biedt mogelijkheden in de samenwerking met de

¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_725254_22/1/

² "De behandeling van patiënten met overgewicht en daaraan gerelateerde ziekten levert maatschappelijke baten van ruim € 0,4 tot € 1,9 miljard over een periode van vijf jaar. Voor elke € 1,- die wordt besteed aan dieetadviesing van deze patiënten krijgt de maatschappij netto € 14,- tot € 63,- terug: € 56,- in gezondheidswinst, € 3,- aan netto besparingen op de totale zorgkosten en € 4,- als productiviteitswinst." Kosten-batenanalyse Diëtetiek, M. Lammers, L. Kok, SEO economisch onderzoek, 22 nov 2012

³ We hanteren de term patiënt om te benadrukken dat jullie behandelaren zijn en de doelgroep mensen met een gediagnosticeerde (chronische) aandoening.

⁴ Integraal ZorgAkkoord, Samen werken aan gezonde zorg, september 2022.

⁵ In het vervolg van dit document spreken we niet meer over eHealth maar over digitalisering en zorgtechnologie.

patiënt, voor meer regie en eigenaarschap bij de patiënt en voor versterking van samenwerking met andere professionals in de zorgketen. Steeds gericht op duurzame gedragsverandering op het gebied van voeding, als onderdeel van behandeling van chronische aandoeningen en preventie van specifieke ouderdomsproblemen.

De verwachting is dat de inzet van zorgtechnologie binnen eerstelijns diëtetiek een positieve invloed heeft op de balans tussen een groeiende zorgvraag en schaars beschikbare diëtisten. De patiënt wordt hiermee een actieve participant in zijn eigen gedrag rondom voeding, in ieder geval voor de doelgroep waarbij de inzet van zorgtechnologie passend is bij de vraag, mogelijkheden en context van de patiënt. Door actief te participeren, ervaart de patiënt meer regie over zijn eigen behandeling, wat past bij de uitgangspunten van positieve gezondheid.

Als basis voor de inzet van de diëtist op enig niveau verwijzen we naar de Zorgmodule Voeding:

<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/voeding-zorgmodule>

2 VISIE OP EHEALTH

De NVD streeft ernaar om binnen nu en 3 jaar eHealth voor alle patiënten en alle eerstelijns diëtisten beschikbaar te maken, omdat we zien dat dit nodig is om een krachtige, moderne en eigentijdse bijdrage te leveren aan preventie van zorg en een krachtige eerstelijns gezondheidszorg.

Hierbij formuleren we 6 kernprincipes:

Voor iedere patiënt toegankelijk

Zorgtechnologie en digitale innovaties zijn een waardevolle ondersteuning voor het dagelijks werk van de eerstelijns diëtist. Zorgtechnologie biedt nieuwe mogelijkheden om de patiënt op maat, en waar mogelijk op afstand, te ondersteunen. Iedere patiënt moet daarom toegang kunnen hebben tot de mogelijkheden die er zijn, van online aanmelden tot beeldbellen tot online registraties en alles wat de toekomst ons nog biedt.

Essentiële aanvulling

Zoals vakkennis onontbeerlijk is, zien we ook digitale interventies als essentiële aanvulling waarmee we de gevraagde stevige bijdrage aan de eerste lijn kunnen leveren, ondanks de capaciteitsuitdagingen die we de komende jaren zien.

Flexibel en wendbaar

Digitalisering helpt om de capaciteitsproblemen het hoofd te bieden en specialismen regio-overstijgend beschikbaar aan te bieden. Dit verbetert de behandel mogelijkheden voor de patiënt. Ook kunnen we hierdoor met minder diëtisten meer patiënten van zorg voorzien.

Ingebed in kaders

De inzet van zorgtechnologie in de eerstelijns diëtistenpraktijk dient ingebed te zijn in passende juridische en financiële kaders, gedragsregels en beroepscode en eenvoudig te organiseren.

Betaalbaar en eenvoudig

We kiezen bij voorkeur voor bestaande leveranciers en bewezen technologie. Hierin nemen we regie, door als beroepsgroep in gesprek te gaan met de leveranciers over contractering, ontwikkeling en onderhoud. Voor de implementatie willen we de diëtist in de eerste lijn faciliteren, middels gestandaardiseerde implementatie-ondersteuning.

Sterk door krachtenbundeling

We bundelen als beroepsgroep onze krachten, door samenwerking in digitale innovatie, zowel voor ontwikkeling als voor onderhoud en beheer. Zo kunnen we gezamenlijk voldoende versnellen en zorgen dat digitalisering voor alle patiënten beschikbaar is.

2.1 Visie en kernprincipes toegelicht

Hieronder een toelichting op de visie en de kernprincipes. Als eerste staat kort (cursief) het kernprincipe vermeld, met daaronder de aandachtspunten binnen dit kernprincipe.

Definitie: zorgtechnologie binnen diëtetiek staat voor alle vormen van digitale (online) interactie en ondersteuning tussen diëtist en patiënt (en mantelzorger) en diëtist en andere zorgprofessionals in de zorgketen. Hieronder valt de inzet van digitale instrumenten in de voedingszorg maar ook de elektronische uitwisseling van dossierinformatie (eOverdracht) tussen professionals, bij verwijzing of samenwerking in de behandeling en/of begeleiding.

Voor iedere patiënt toegankelijk

Iedere patiënt moet toegang kunnen hebben tot de mogelijkheden die er zijn, van online aanmelden tot beeldbellen tot online registraties en alles wat de toekomst ons nog biedt.

DOEL: Duurzame gedragsverandering is altijd het doel. Zorgtechnologie kan helpen om andere vormen van maatwerkzorg en voedingszorg en/of begeleiding te bieden, die bijdragen aan duurzame gedragsverandering.

MAATWERK ALS VOORWAARDE: Zorgtechnologie dient op maat ingezet te worden in de diëtistenpraktijk vanwege de diversiteit van de zorgvrager. Sommige patiënten zijn voldoende digitaal onderlegd, taalvaardig en hebben voldoende gezondheidsvaardigheden om zelfstandig met lichte hulp van de diëtist tot duurzame gedragsverandering te komen, andere patiënten hebben directe contacten met de diëtist nodig om tot duurzame gedragsverandering te komen. Bijvoorbeeld vanwege de lage gezondheidsvaardigheden of lage (digitale) geletterdheid.

Essentiële aanvulling

Digitale interventies zijn een essentiële aanvulling voor iedere eerstelijns diëtistenpraktijk, om de gevraagde stevige bijdrage aan de eerste lijn te kunnen leveren

MAATWERK OP AFSTAND: Door digitale en online contacten (zowel synchroon als asynchroon) kan de patiënt meer op maat bediend worden bij zijn vraag. Online contact zorgt ervoor dat patiënten die voor de contacten en behandeling niet naar de praktijk kunnen komen, toch online behandeling kunnen krijgen. Denk aan mensen die slecht ter been zijn, of mensen die veel onderweg zijn zoals vrachtwagenchauffeurs. Kan zijn een volledige behandeling online maar ook een volledige behandeling face-to-face, of blended.

ZELFMANAGEMENT ALS ONDERDEEL VAN HET PROCES: Zorgtechnologie kan bijdragen aan herschikking van taken, zodat de patiënt op maat doet wat deze zelf kan, ondersteund met digitale vormen van diëtetiek, waarbij de diëtist aanvullend betrokken is: zelfmanagement. Zelfmanagementvaardigheden ten aanzien van een optimale voedingstoestand hebben of ontwikkelen is hierin belangrijk, omdat zonder deze vaardigheden de patiënt niet tot duurzame gedragsverandering komt. Herschikking van taken kan een indirecte verhoging van de productiviteit als gevolg hebben. Zo kunnen we met minder diëtisten meer patiënten van zorg voorzien.

PRODUCTIVITEIT: Productiviteit verhogen is een belangrijk thema. Zorgtechnologie op zich draagt alleen bij aan productiviteitsverhoging door digitale ondersteuning van het behandelproces en digitale uitwisseling in de keten. Dit realiseren we door een efficiënter proces in te richten met zorgtechnologie.

RENDEMENT IN DE KETEN: Het rendement voor inzet van zorgtechnologie binnen voedingszorg wordt gezien vanuit het principe van quadruple aim: meerwaarde voor de patiënt, kwaliteit van de behandeling, meerwaarde voor de behandelaar en kosten. Hierbij dient niet alleen binnen de voedingszorg gekeken te worden maar nadrukkelijk ook naar de meerwaarde die de inzet van zorgtechnologie en blended voedingszorg oplevert in de zorgketen. Financieel is het vaak zo dat inzet van zorgtechnologie of blended voedingszorg bij chronische aandoeningen die voedingsgerelateerd zijn, vaak rendeert in lagere kosten elders in de zorgketen, niet per definitie binnen de uitgevoerde voedingszorg op zich. Kijken we ook naar de kwalitatieve indicatoren dan zien we zowel bij de patiënt als de professional en de zorg als geheel in zowel de eerste- als tweede lijn de meerwaarde.

Flexibel en wendbaar

Digitalisering helpt om de capaciteitsproblemen het hoofd te bieden en specialismen regio-overstijgend beschikbaar aan te bieden. Dit verbetert de behandel mogelijkheden voor de patiënt. Ook kunnen we hierdoor met minder diëtisten meer patiënten van zorg voorzien.

CAPACITEIT VERDELEN: In regio's met schaarste kan in de behandelvraag online voorzien worden via online behandeling door diëtisten uit andere regio's. Dit leidt tot een landelijk betere beschikbaarheid van capaciteit van diëtisten.

SPECIALISMEN BREDER BESCHIKBAAR? Door online begeleiding is specifieke kennis of specialisme ook beschikbaar voor patiënten in regio's waar dit specialisme niet aanwezig is. Dit leidt tot een landelijk betere spreiding van specialismen.

Ingebed in kaders

De inzet van zorgtechnologie in de eerstelijns diëtistenpraktijk dient ingebed te zijn in passende juridische en financiële kaders en eenvoudig te organiseren.

JURIDISCH: De inzet van zorgtechnologie in de eerstelijns diëtistenpraktijk dient ingebed te zijn in passende juridische kaders, van waaruit de beroepsprofessional zijn of haar werk kan doen.

FINANCIEEL: Er ontstaan nieuwe vormen van zorgverlening binnen de voedingszorg, blended vormen, waarvoor ook vergoedingsafspraken dienen te zijn. Gekozen zorgtechnologie toepassingen moeten passen in de financieringsafspraken voor een specifiek behandelplan. De jaarlijks terugkerende kosten en nieuwe zorgvormen (blended voedingszorg) moeten gedekt worden door middel van duurzame financieringsafspraken met de zorgverzekeraars.

GEDRAGSREGELS: Samenwerking met bedrijfspartners moet voldoen aan vigerende gedragsregels en beroepscode binnen de zorg.

Betaalbaar en eenvoudig

We kiezen bij voorkeur voor bestaande leveranciers en bewezen technologie. Hierin nemen we regie, door als beroepsgroep in gesprek te gaan met de leveranciers over contractering, ontwikkeling en onderhoud. Voor de implementatie willen we de diëtist in de eerste lijn faciliteren, middels gestandaardiseerde implementatie-ondersteuning.

TOEGANKELIJK VOOR IEDEREEN: iedere patiënt moet onafhankelijk van eigen financiële mogelijkheden toegang hebben tot blended voedingszorg. Waar noodzakelijk dient een oplossing gevonden te worden voor eventuele kosten die ontstaan aan de patiëntkant bij de inzet van zorgtechnologie. Denk aan de kosten voor de aanschaf van een app of eventueel zelfs het aanschaffen van een tablet, indien deze niet beschikbaar is in de thuissituatie. Indien er verwachte meerwaarde is voor de inzet van zorgtechnologie mogen kosten aan de patiëntkant niet een drempel voor toepassing zijn.

HAALBAAR VOOR IEDERE eerste LIJNSPRAKTIJK: Financiële haalbaarheid voor de praktijkhouder, als basis voor duurzame inzet. De inzet van zorgtechnologie brengt extra kosten met zich mee. Denk aan de jaarlijks terugkerende licentiekosten, maar ook kosten voor implementatie in de praktijk (projectkosten). Deze projectkosten zijn tijdelijk en kunnen eventueel via aanvullende financiering of projectfinanciering gedekt worden.

Daarnaast moet er een positieve balans zijn tussen verhoging van de productiviteit en reguliere kosten voor praktijkvoering, om te voorkomen dat de inzet van zorgtechnologie alleen bijdraagt aan meer productiviteit bij hogere kosten voor de diëtist.

EENVOUD ORGANISEREN: We kiezen bij voorkeur voor bestaande leveranciers en bewezen technologie. Hierin nemen we regie, door als beroepsgroep in gesprek te gaan met de leveranciers over contractering, ontwikkeling en onderhoud. Voor de implementatie willen we de diëtist in de eerste lijn faciliteren, middels gestandaardiseerde implementatie-ondersteuning.

Sterk door krachtenbundeling

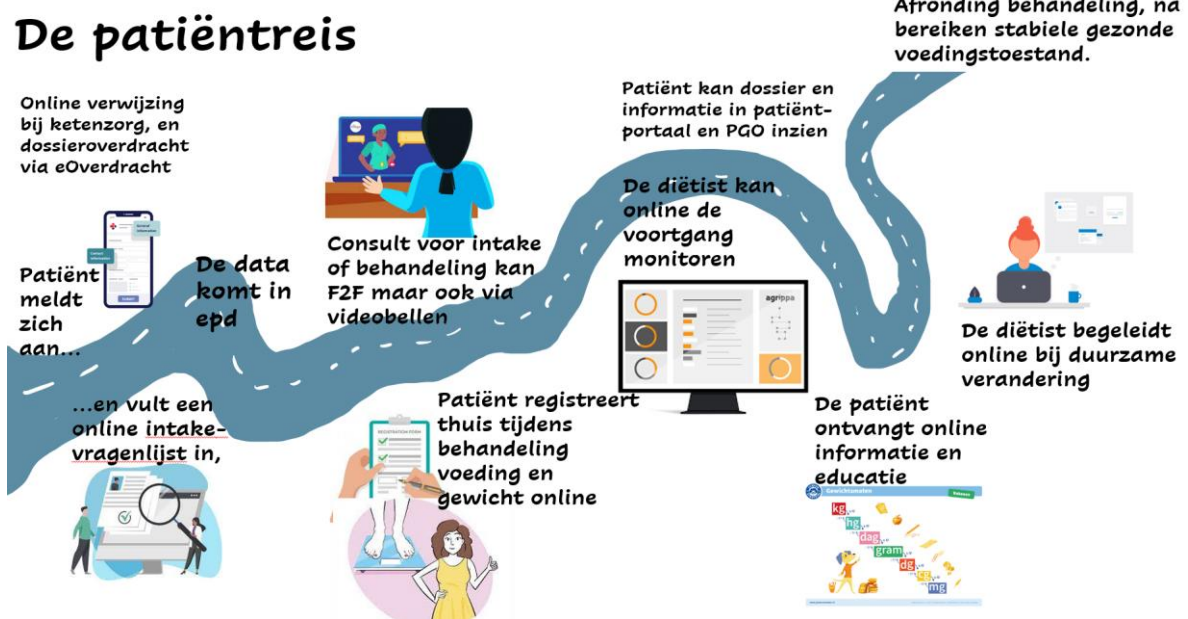
We bundelen als beroepsgroep onze krachten door samenwerking in digitale innovatie, zowel voor ontwikkeling als voor onderhoud en beheer.

INNOVATIECONSORTIUM: Via een innovatieconsortium organiseren we slagkracht, voor ontwikkeling, onderhoud en implementatie.

3 STIP OP DE HORIZON

Over drie jaar is de patiëntreis hybride en wordt beschikbare zorgtechnologie op maat in het gros van de eerstelijns diëtistenpraktijken ingezet. Het proces is blended vanaf het moment van aanmelding, van aanmelding tot digitaal ondersteunde intake, tot digitale behandeling.

Globaal gezien ziet dit er als volgt uit:



Implementatie in de praktijk van de eerstelijns diëtist heeft tijd nodig. Ook is er verschil in eerstelijns diëtistenpraktijken: sommige praktijken hebben al een basis, met bijv. online vragenlijsten en de mogelijkheid om online afspraken in te zien. Sommige praktijken gebruiken al een patiëntportaal, terwijl sommige praktijken nog geen andere digitalisering in hun praktijk hebben dan het EPD dat zij gebruiken voor verantwoording van de behandeling.

Ook zijn sommige innovaties eenvoudigweg nog niet mogelijk omdat de systemen en de ontwikkelingen landelijk nog niet zo ver zijn. Denk aan PGO export of gegevensuitwisseling in de keten. Dit vraagt meer dan alleen inzet van de diëtisten of van de leveranciers van zorgtechnologie voor diëtisten. Daarom moeten we deze later in het tijdspad plaatsen.

We verdelen de implementatie in de praktijk daarom in 4 fasen:

- Fase 1: Basis op orde
- Fase 2: Basisinnovatie op orde
- Fase 3: Innovatie in de behandeling
- Fase 4: Dossierdata-ontsluiting naar PGO en eOverdracht en digitale samenwerking in de keten

Fase 1 Basis op orde: online aanmelding, intakevragenlijst en online consulten

Voordat een praktijk kan starten met digitale innovatie, moet de basis van zorgtechnologie op orde zijn. Zaken als je online kunnen aanmelden, online een intakevragenlijst aanbieden en kunnen verwerken, maar ook beeldbellen of beveiligd berichtenverkeer beschouwen we niet langer als een innovatie, maar als bewezen zorgtechnologie die onderdeel van de reguliere praktijkvoering zou moeten zijn. Wetend dat dit niet altijd zo is, is dit daarom de eerste fase: eerst de basis op orde brengen.

Fase 2 Basisinnovatie op orde: online informatie, online afspraken plannen en voedingseducatie

De volgende stap is de basis van innovatie op orde brengen. Hieronder valt de mogelijkheid om de patiënt online te informeren over behandel mogelijkheden en keuzes in de behandeling, ten behoeve van “Shared decision making”: gezamenlijke besluitvorming.

Daarnaast ook de mogelijkheid om geplande afspraken online in te zien, hiervoor een wijzigingsvoorstel te doen of een nieuwe afspraak voor te stellen. De afspraken landen automatisch in de agenda en de diëtist kan hiervoor de kaders bepalen. Denk aan een uiterlijke termijn voor het afzeggen of verplaatsen, of minimale termijn voor het aanvragen van, een nieuwe afspraak.

De laatste optie in deze fase is het gebruik van online voedingseducatie voor de patiënt en eventueel diens mantelzorg. Goede en online beschikbare voedingseducatie draagt bij aan beter begrip en verhoogde therapietrouw.

Fase 3 Innovatie in de behandeling: toolbox, hybride behandelpaden, data-koppelingen

Er is een toolbox aan digitale interventies die per ziektebeeld en per patiënt op maat ingezet kunnen worden. Digitalisering is een maatwerkproces. De diëtist dient te beschikken over een brede set van interventies: van vroegsignalering tot intake, tot uiteindelijk uitstroom en evt. nazorg. Steeds gericht op duurzame gedragsverandering. Digitalisering moet de voedingszorg versterken. Het moet passen bij het profiel en verandervermogen van de patiënt en de complexiteit van de aandoening.

Er is voor de meest voorkomende ziektebeelden een uitgewerkt blended proces, met een toolbox aan interventies. Het proces is per ziektebeeld uitgewerkt in de verschillende behandelonderdelen. Denk aan online educatie maar ook online contactmomenten, zowel synchroon als asynchroon. Vanwege de diversiteit van de patiëntgroep is een toolbox van digitale interventies nodig, die de diëtist op maat passend bij het ziektebeeld en passend bij de patiëntcontext en fase van de behandeling kan inzetten. Kan variëren van 100% online tot blended tot 100% face-to-face.

Digitalisering draagt bij aan grotere betrokkenheid van de patiënt. De patiënt kan zelf direct zijn eigen monitoring zien in zijn patiëntportaal, en m.b.v. data zien wat er speelt in zijn of haar voeding. Dit leidt tot grotere betrokkenheid van de patiënt, tot mogelijkheden om informatie op maat en duurzamer advies te bieden. Digitalisering ondersteunt ook hier shared decision making; gezamenlijke besluitvorming, gaandeweg de behandeling en op basis van uitkomsten. Dit alles heeft een positief effect op de compliance; de therapietrouw van de patiënt.

Digitalisering draagt bij aan vermindering van administratieve lasten en daarmee indirect aan verhoging van de productiviteit. Zo is beschikbare data onderdeel van de dieetbehandeling. Denk aan data ingevoerd door de patiënt zelf, die automatisch zichtbaar is in het EPD. Op termijn kan kunstmatige intelligentie de diëtist en patiënt helpen om, via vergroten van zelfmanagementvaardigheden en inzicht, tot duurzame gedragsverandering te komen.

Fase 4: Data-ontsluiting naar PGO en eOverdracht en digitale samenwerking in de keten

Digitalisering in de keten, door digitale dossieruitwisseling maar ook digitale vormen van professioneel overleg, draagt bij een betere kwaliteit van zorg en zorgt voor efficiëntere samenwerking in de keten. Hieronder valt ook eOverdracht.

eOverdracht is mogelijk, zodat bij verwijzing of samenwerking in de keten, informatie automatisch goed overgedragen en geplaatst is in het dossier van de diëtist. Automatisering zorgt voor ontdubbeling van informatie-invoer en reductie van administratielast.

4 UITDAGING ONTWIKKELING EN IMPLEMENTATIE

Om innovatie naar de praktijk te brengen is meer dan alleen technologie nodig. Online voedingseducatie vraagt dat er educatiemodules zijn per problematiek. Online intake vraagt dat er vragenlijsten zijn en zo verder.

Innovatie vraagt na ontwikkeling investering in onderhoud en beheer van de online interventies. Ook dit moeten we (centraal) regelen, zodat dit belegd is en de innovatie duurzaam, toekomstbestendig is en mee-ontwikkelt met inzichten uit de praktijk en wetenschap.

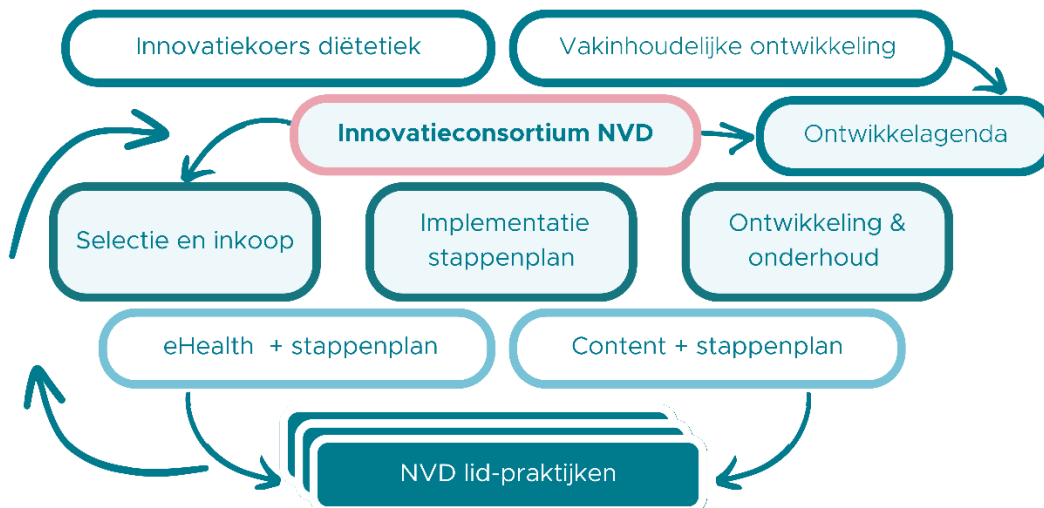
De landelijke implementatie bij een groot aantal praktijken is eveneens een uitdaging. Het risico is dat iedereen hier het wiel zelf uit moet vinden of dat men eenvoudigweg niet aan implementatie van zorgtechnologie toekomt.

De laatste uitdaging is die van de kosten. Er is een minimale vergoeding in de basisverzekering, dus innovatie mag niet onevenredig veel kosten. Vanwege de kleinschaligheid van de eerste lijn is onderhandeling met leveranciers over contracten en licenties vaak niet haalbaar of niet interessant. Men heeft eenvoudigweg niet de schaalgrootte om in aanmerking te komen voor lagere tarieven die horen bij inkoop voor grotere aantallen, dus hogere staffels. Daarnaast is het van belang om het Intellectual Property (IP) op de ontwikkelde interventies binnen de beschikbare zorgtechnologie goed te beleggen, zodat onderling delen mogelijk is maar inbreng ook kan renderen voor degene die hier zijn kennis deelt en beschikbaar stelt.

De visie en de koers vragen om beschikbare online interventies, om implementatie in iedere praktijk, om goed belegd onderhoud en beheer, en om een faire structuur voor inbreng van intellectueel eigendom en ontwikkelingspanning. Een vierdubbele uitdaging.

Als antwoord op deze uitdagingen richt de NVD een innovatieconsortium op. Het innovatieconsortium heeft als kerntaak het ontwikkelen en onderhouden van interventies, vanuit de visie en koers en de vakinhoudelijke ontwikkeling. Maar ook het opstellen van een implementatie-stappenplan en waar nodig bijbehorende scholing.

De NVD treedt op als gesprekspartner voor contractering van leveranciers om tot scherpe afspraken voor haar leden te komen.



5 DE UITDAGINGEN

5.1 Uitdaging adoptie en acceptatie

Competenties van de patiënt zijn bepalend, maar ook de acceptatie en digitale vaardigheid van de diëtist. Een online intakeformulier kan tevens een indicator voor digivaardigheid van de patiënt zijn en of hij zijn hulpvraag kan duiden. Voor de diëtist moet bij een implementatie aandacht zijn voor digitale vaardigheid, evenals de mening en mindset ten aanzien van zorgtechnologie.

Verwachtingsmanagement is hierbij cruciaal. De inzet van zorgtechnologie leidt vaak tot taakherschikking of werklust verschuiving. We dienen oog te hebben voor de haalbaarheid voor de diëtist om een app bij te houden en online te reageren. Naarmate de patiënt meer zelf gaat doen, betekent dit mogelijk ook meer asynchrone behandeltime voor de diëtist. Met goede financieringsafspraken is dit geen probleem, maar dit moet wel duidelijk zijn.

Landelijk brede adoptie van zorgtechnologie vraagt goede communicatie en aandacht voor de mindset van de diëtist, maar ook aandacht voor de stakeholders. Ook hen moeten we meenemen in het belang van digitalisering in de diëtiek. Denk aan partners in de keten en hun rol in digitaal ondersteunde dieetbehandeling. Maar ook aan financiers: zij kunnen de inzet en adoptie stimuleren via een passende vergoedingsstructuur.

5.2 Uitdaging digitaal samenwerken kun je niet alleen

Uitwisseling van gegevens: data beschikbaar op de juiste plek. Dit is nu niet mogelijk, maar past wel in de landelijke trend van informatie uitwisseling naar patiënt en informatie uitwisseling tussen professionals onderling (eOverdracht).

Uitdaging hierin is dat er nog geen VIPP eOverdrachtstraject loopt voor de diëtiek als beroepsgroep, anders dan de definiëring van de ZIB⁶ Voeding en dat iedere zorggroep zijn eigen keteninformatiesysteem heeft.

5.3 Uitdaging brede beschikbaarheid, ook bij een krappere beurs

Digitalisering is nodig, maar laten we er gezamenlijk voor waken dat er geen scheiding tussen rijk en arm ontstaat bij het aanschaffen van bijvoorbeeld apps, smartphone, tablet of laptop. Digitaal ondersteunde diëtiek mag geen privilege worden, maar moet breed beschikbaar blijven. Dit vraagt aandacht voor financiering over de diverse financieringssegmenten, dus zowel bij financiering vanuit Zorgverzekeringswet als vanuit WMO.

5.4 Uitdaging marktwerking en kwaliteit

Een specifiek risico is de rol van de markt en commerciële partijen omdat deze gezondheidstechnologie als verdienmodel zien. Dat is op zich prima, maar de ervaring leert dat apps soms conflicterende adviezen of aanbevelingen geven. Of dat aanbieders mogelijk andere commerciële apps aanbevelen, niet op basis van zorginhoudelijke gronden maar vanuit hun eigen verdienmodel.

De kwaliteit van apps en schifting op basis van kwaliteit vraagt dus aandacht de komende jaren. Hierin zal het innovatieconsortium ook een rol hebben. Ingezette en/of geadviseerde apps moeten aan landelijke richtlijnen en wet & regelgeving voor zorgtechnologie voldoen.

⁶ ZIB staat voor ZorgInformatieBouwsteen, een samenhangend informatiedeel dat onderdeel uitmaakt van den EPD's.

6 AFSLUITEND

Met deze visie op ontwikkeling en implementatie van eHealth zijn we als diëtisten klaar voor de toekomst. In de veranderagenda opgenomen bij de visie, De diëtist en de Diëtetiek in 2030, is het ontwikkelen van innovatie een belangrijke opdracht. Daar hebben we nu een eerste stap in gezet. Vanuit de visie gaan we samen toewerken naar een plan van aanpak. Het is belangrijk dat we digitalisering binnen het vakgebied zelf oppakken. Als NVD nemen we de taak op ons om dit aan te jagen, te coördineren en te borgen. Op die manier kunnen we optimaal blijven sturen op kwaliteit en beschikbaarheid van voedingszorg waar dat moet, en het geven van meer generieke voedingsadviezen waar dat kan. Dat deze visie tot stand is gekomen met praktijken zelf zorgt er voor dat er inhoudelijk draagvlak is voor de beweging die we in gang gaan zetten.