

PGO's: WAT HEEFT RZCC GELEERD UIT DE PGO-PROEF EN DE VIPP-TRAJECTEN?

Het IZA (Integraal Zorgakkoord) stelt als doel een gebruiksvriendelijk en goed gevulde Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) in 2025. De nationale visie op PGO's en portalen wordt momenteel herijkt. RZCC draagt graag bij vanuit de ervaring met de meest brede PGO-proef van Nederland en diverse VIPP-trajecten.

Leerervaring uit de meest brede PGO-proef van Nederland

- Eén van de eerste Gecontroleerde Live Gangen (GLG) van Nederland waarbij de eerste door MedMij toegelaten DVZA's zijn getest, november 2021 - november 2022
- 137 huisarts- en GGZ-patiënten met een chronische aandoening waren deelnemer, het streefgetal van 75 deelnemers is ruim gehaald
- Keuze uit 2, en later 3, PGO's om data op te halen bij 4 typen zorginstellingen: huisarts, diagnostisch centrum, GGZ-instelling en verschillende ziekenhuizen in de regio
- Proef in en rondom Eindhoven, onder regie van RZCC
- Enquêtes in november 2021, februari 2022 en augustus 2022.

Uit de respons op de laatste enquête blijkt dat veel respondenten sinds de vorige enquête in februari 2022 niet meer hebben ingelogd op de PGO. Ook wisten ze niet welke PGO ze vorige keer gebruikt hadden, moesten ze de app opnieuw downloaden en wist een aantal van hen überhaupt niet meer wat een PGO is. Veel respondenten benoemen dat er meer instructie nodig is voor het gebruiken van een PGO. Ze verwijzen hierbij naar andere eHealth-apps als voorbeelden van intuïtievare apps. In onze proef kreeg iedereen uiteindelijk toegang tot de PGO, maar landelijk lukt dat 50% niet.

Ongeveer een vijfde van de respondenten benoemt dat het portaal of andere eHealth-apps die ze gebruiken een hogere meerwaarde biedt dan de PGO. Tot slot waren er de bekende problemen als het meermaals inloggen en de zorgverlener niet kunnen vinden. Een vergelijkbare terugkoppeling kwam ook uit de enquête van februari en uit de regionale enquête van de module voor het versturen van zelfmetingen naar de huisarts (VIPP OPEN, module 4). Deze bekende problemen hebben niet met de PGO's zelf te maken, maar met het MedMij-stelsel of landelijke wetgeving. De knelpunten staan inmiddels op de MedElkaar kalender.

Onze afdrank is dat door diverse vooral landelijke knelpunten een PGO nog te onvolwassen is om breed te implementeren; ook al kunnen/willen de leveranciers van PGO's meer. Uit onze pilot blijkt dat het aanbieden van alle beschikbare informatie onvoldoende basis geeft voor duurzaam gebruik van een PGO. Die informatie is via portalen op te vragen en dan ook nog eens up-to-date waar een PGO ververst moet worden. Het is nog steeds een fase van uitproberen en basale problemen oplossen. Maar zonder proberen, komt Nederland niet verder.

De 5%-doelstelling in VIPP5 en leerervaringen uit overige VIPP-trajecten

RZCC coördineert overleggen waarin de 5 algemene en 2 categorale ziekenhuizen in de regio vragen en leerervaringen over VIPP5 uitwisselen, onderling en ook met VIPP-projectleiders bij huisartsengroepen, GGZ en VVT. Ziekenhuis Máxima Medisch Centrum (MMC) heeft haar uiterste best gedaan om het PGO-gebruikspercentage van 5% te halen door in de zomer van 2022 een uitgebreide informatiecampagne in te zetten en wekenlang patiënten in het ziekenhuis te benaderen. Uiteindelijk is 1% gehaald, een schamele uitkomst. De gevolgde aanpak en de resultaten zijn door het MMC schriftelijk aan de NVZ gerapporteerd. De ziekenhuizen in Nederland die 5% wel hebben gehaald, deden dat door eigen medewerkers te vragen een PGO te gebruiken en gegevens bij het ziekenhuis te laten opvragen. Ze hoefden niet eens patiënt te zijn, want een niet-gelukte opvraagpoging telt in sommige gevallen namelijk ook.

We begrijpen deze aanpak aan de ene kant wel; een projectleider VIPP5 krijgt als doel de 5% te halen en de subsidie veilig te stellen. Een ander doel in VIPP5 is medewerkers met direct patiëntencontact scholen. De combinatie met de vraag om in te loggen bij het eigen ziekenhuis is niet verboden en levert twee vliegen in één klap. Het blijkt ook de enige manier om 5% te halen. PGO Netwerk Noord test een andere aanpak: het stimuleren van PGO-gebruik langs de as van concrete usecases.

Aan de andere kant: het is ook een ethisch dilemma dat zorggeld besteed wordt om subsidiemiddelen veilig te stellen, terwijl het duurzaam gebruik van PGO's niet dichterbij komt. Ook blijven op deze manier structurele problemen onder de radar. Daar zijn inwoners van Nederland, zorgverleners en ook PGO-leveranciers niet mee geholpen: uiteindelijk betalen we allemaal de prijs voor 'doorploegen-tegen-beter-weten in'.

Een landelijk vraagstuk is waar na het aflopen van de VIPP-trajecten de verantwoordelijkheid voor het verzamelen van PGO-problemen vanuit zorgaanbieders komt te liggen. De VIPP programma-bureaus zijn tijdens de looptijd van het programma verantwoordelijk hiervoor, maar houden na afloop van het programma op te bestaan. MedMij inventariseert op dit moment landelijk welke behoefte er is aan ondersteuning en helpdesk na afloop van de VIPP-trajecten.

Centrale vraag: hoe dan wel?

Wij vragen ons af hoe de beoogde meerwaarde van een PGO voor de gebruiker initieel gezien werd en of dat vandaag de dag nog geldt. Onze inschatting is dat de PGO een onmisbaar onderdeel van het dagelijks leven moet worden, wil het gebruik toenemen. Goed gevuld alleen blijkt op basis van de PGO-proef niet genoeg. Meerwaarde kan op meerdere manieren ingevuld worden, de vraag is wat binnen de Nederlandse context voor de gebruiker het meest waarde toevoegt.

Er lijkt sinds 2013 geen herijking van de nationale visie (op toen nog PGD's) te zijn gedaan, terwijl er in die tijd veel is veranderd. Portalen en verschillende eHealth-toepassingen voor hybride en digitale zorg zijn opgekomen, het MedMij-stelsel is ontwikkeld en het concept van een DV(Z)A. Het zou goed zijn om een raamwerk te hebben van mogelijke denkrichtingen, op basis van wat er elders in de wereld gebeurt. Wij signaleren zelf een aantal mogelijke, combinaties van, denkrichtingen zoals:

- Een PGO bevat **kerngegevens** die de een inwoner van Nederland herhaaldelijk bij de hand moet hebben of delen. Denk aan bloedgroep, vaccinaties, allergieën, donorschap, chronische aandoeningen en medicatie. Klinkt eenvoudig, maar voor medicatie dient dan eerst nog een aantal jaren het programma 'Samen voor medicatieoverdracht' doorlopen te worden.
- Een PGO als **complete gegevensdrager** is met name voor netwerkgorg van toegevoegde waarde. Dat lukt als alle zorginstellingen volledig ontsloten zijn en ook medicatie foutloos beschikbaar is. Dit kan voorlopig niet voor alle zorgpaden, maar mogelijk wel voor enkele als medicatie buiten beschouwing blijft. De vraag is wel of er nog toegevoegde waarde is als het ook echt technisch mogelijk wordt. Dan kunnen zorginstellingen waarschijnlijk gegevens ook onderling uitwisselen. Zo zie je dat de PGO-discussie ook de vraag naar de gewenste architectuur in Nederland raakt.
- Dan is er een optie denkbaar om een PGO **stappen in een zorgproces** digitaal te laten overnemen, zoals een aantal andere eHealth-oplossingen die geen PGO's zijn (denk aan Sananet) dat ook doet. PGO-leveranciers zouden zich dan op specifieke zorgpaden moeten richten, waarbij ook gericht **metingen** (zoals Luscii) en **preventie en zelfzorg** ingezet worden (zoals een FitBit, Apple watch). Misschien is dit wel een deel dat aan de markt overgelaten moet worden.

Alles bijeengenomen is ons advies: teruggaan naar de tekentafel en vaststellen met welk doel iedereen een PGO nodig heeft. Een PGO is een middel en geen doel. Met een duidelijke koers, door gebruikers onderschreven, kan een functionele kalender voor de komende jaren worden gemaakt.