

TELEMONITORING

Telemonitoring is een actueel onderwerp waar InEen-leden op inspelen of ermee te maken krijgen door ontwikkelingen in hun regio. Deze notitie bevat een overzicht van de ontwikkelingen die we in het land zien en de potentie die er ligt voor patiënten en de huisartsenzorg. Ook helpt de notitie leden om zich ten opzichte van het onderwerp te kunnen oriënteren en afwegingen te maken.

Telemonitoring heeft een plaats in ons zorgsysteem en onder de juiste randvoorwaarden kan het helpen om de zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden. Ondanks de kansen van de techniek blijft de vraag die altijd als eerste gesteld moet worden: waarom wil je iets meten? Wat is de meerwaarde van een meting? En vervolgens: wat is de meerwaarde om dit op afstand te organiseren? Hoewel telemonitoring in de thuiszorg al veel langer bestaat, bevindt het zich voor andere domeinen nog in het begin van de innovatiecurve. Er zijn verschillende vraagstukken die zich nog moeten ontrafelen, zoals over doel en doelgroep, voordelen, arbeidsbesparing, inpassing in de organisatie, schaalgrootte, en gegevensuitwisseling. Deels gebeurt dit door te experimenteren in de regio en deels moet dit op landelijk niveau opgepakt worden.

Wat is telemonitoring?

Telemonitoring is het volgen van de gezondheidssituatie van de patiënt, waarbij de patiënt de uitslagen van (zelf)metingen deelt met de zorgverlener, en de laatste deze metingen interpreteert, in het kader van een vooraf samen afgesteld doel en beleid¹. Een zelfmeting is een meting door een persoon (of een sensor) die zonder tussenkomst van een zorgverlener tot stand is gekomen, waarbij de meetwaarde iets kan zeggen over de mate van ziekte of gezondheid. Een meting is een objectiveerbaar onderzoek. Zoals een glucosemeting, of een bloeddrukmeting. Vragenlijsten vallen voorsnog buiten de definitie van het NHG.

Thuismonitoring zien we ook voorbijkomen als een containerbegrip waarbij deze allerlei uiteenlopende betekenissen kan hebben. Zelfmonitoring gaat over mensen die hun eigen gezondheidssituatie monitoren, zonder daarbij een zorgverlener te betrekken.

De definitie zegt overigens niets over of de meting digitaal plaatsvindt of op papier wordt genoteerd, en zegt ook niets over sensoren, die ook in de huisartsenzorg maar met name vanuit de medisch specialistische zorg worden ingezet. De beelden die leven in de huisartsenzorg, medisch specialistische zorg² en thuiszorg over wat telemonitoring is verschillen vaak nog van elkaar. Dat komt ook omdat de toepassingsgebieden en de doelen verschillen. In de medisch specialistische zorg gaat het met name om het structureel monitoren van de patiënt, om bij (dreigende) verslechtering tijdig bij te sturen en/of de patiënt zo stabiel mogelijk te houden. In de thuiszorg gaat het bijvoorbeeld om bewegingssensoren en bedsensoren om sneller in actie te kunnen komen bij afwijkende metingen. Bijvoorbeeld als iemand langer dan een ingestelde tijd uit bed is en mogelijk gevallen is, of als iemand 's nachts het huis verlaat.

Hoe ziet telemonitoring er in de huisartsenzorg uit?

Volgens bovenstaande definitie van telemonitoring, wordt telemonitoring al breed in de huisartsenzorg toegepast, met name als onderdeel van chronische zorgprogramma's en

¹ NHG Standpunt zelfmetingen 2023 <https://www.nhg.org/praktijkvoering/digitale-zorg/zelfmetingen/>

² https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-12/handreiking_telemonitoring.pdf

leefstijlinterventies. In 2022 gebeurde dit door zo'n 30% van de huisartsen³. De zorgstandaarden voor CVRM, Diabetes mellitus type 2, Hartfalen en Obesitas beschrijven ook het inzetten van zelfmetingen⁴.

Zelfmetingen kunnen digitaal worden ondersteund door portalen (bijvoorbeeld MGN, Pharmeon), samenwerkingsplatformen (bijvoorbeeld cBoards, Spreekuur.nl), en/of PGO's. Het gaat hierbij momenteel vooral om door de patiënt handmatig ingevulde meetwaarden. Verder zijn de technische mogelijkheden momenteel nog niet afdoende, maar nemen wel toe.

Bijvoorbeeld het koppelen van meetapparatuur, zodat meetwaarden niet meer handmatig hoeven worden ingevuld. Ook worden algoritmen gebruikt op kritische waarden te signaleren. De eerste experimenten hiermee worden ook in de huisartsenzorg al uitgevoerd.

Bij huisartsenzorg hoeft er in principe geen monitoring door een professional op afstand plaats te vinden; patiënten kunnen zelf meten en inschatten wanneer er contact moet worden opgenomen met een zorgverlener. De techniek kan hierbij helpen door een drempelwaarde in te stellen per patiënt of in de toekomst met een slim algoritme. Zodra er een dergelijk signaal komt, kan de patiënt contact opnemen met de eigen huisarts. Daarbij is het handig als die de metingen kan inzien.

Wellicht kan telemonitoring een deel van de groei aan chronische zorgpatiënten helpen opvangen. Met name wanneer patiënten meer zelf doen en/of het mogelijk wordt om in één oogopslag een overzicht te hebben van de (chronische) patiëntpopulatie: waar is het nodig om in te grijpen en waar loopt het goed zonder noodzaak voor actieve zorg.

Telemonitoring biedt daarmee ook kansen voor de integratie van zorgprogramma's en het (populatiegericht) faciliteren van leefstijlinterventies.

Verderop in deze notitie schetsen we enkele scenario's van telemonitoring in de huisartsenzorg.

Voor patiënten biedt telemonitoring potentiële voordelen

Voor patiënten bieden telemonitoring en zelfmetingen waarschijnlijk voordelen. De patiënt heeft een actueel inzicht en overzicht van de eigen gezondheidssituatie en krijgt daardoor een actievere rol in de omgang met de aandoening. Een longaanval kan bijvoorbeeld makkelijker en eerder herkend worden. Men hoeft niet onnodig op consult te komen bij een zorgverlener. Voor tweedelijnszorg geldt dat men thuis kan herstellen na een opname in het ziekenhuis.

Ongeplande spoedopnames kunnen mogelijk voorkomen worden. Men voelt zich veilig omdat er iemand meekijkt. Ten slotte bevatten telemonitoringstools vaak zelfzorgmodules met informatie en activiteiten die patiënten kunnen ondersteunen.

Voor welke patiënten is telemonitoring passend?

Voor het bepalen voor welke patiënten telemonitoring geschikt is, gaan we uit van samen beslissen door zorgverlener en patiënt. Afhankelijk van de zorgbehoefte kan er een gedifferentieerd zorgaanbod geleverd worden. Voor patiënten met een laag-complexe zorgvraag lijkt telemonitoring uitermate geschikt, maar juist ook voor complexere zorgvragen kan telemonitoring een uitkomst bieden; om er eerder bij te zijn of om een gedetailleerder beeld te krijgen van beïnvloedende factoren bijvoorbeeld. Ook kan anderhalvelijnszorg met

³ E-healthmonitor 2022: <https://www.rivm.nl/documenten/artsenpanel-knmg-tabellenbijlage>

⁴ <https://www.nhg.org/thema/digitale-huisartsenzorg/zelfmetingen/zinvolle-zelfmetingen/>

ondersteuning van telemonitoring ingericht worden. Telemonitoring met bijpassende online modules kan extra ondersteuning en motivatie bieden aan patiënten die het moeilijk vinden om hun leefstijl aan te passen. Telemonitoring kan ook een uitkomst zijn voor patiënten die geneigd zijn om zorg te mijden of slecht ter been zijn.

Minder digitaal vaardige patiënten hoeven niet uitgesloten te worden

Bij telemonitoring is het advies niet al op voorhand patiëntgroepen uit te sluiten, maar de patiënt te laten beslissen samen met zijn zorgverlener. Dit geldt ook voor bij pilots omdat dat juist erg leerzaam kan zijn om te komen tot een gebruiksvriendelijke manier van werken. Sommige minder digitaal vaardige patiënten zijn bijzonder gemotiveerd om dit te leren, bijvoorbeeld samen met hun zorgverlener of samen met een digitale helpdesk op afstand. Telemonitoring hoeft ook niet heel ingewikkeld te zijn.

Wat zijn medische service centra (MSC)?

In het IZA wordt gesproken over (domeinoverstijgende) medische/verpleegkundige servicecentra om goede kwaliteit en efficiënte inzet van zorgprofessionals te realiseren. MSC leveren diensten zoals telemonitoring, waarbij de waardes worden opgehaald met gebruik van digitale middelen. Ook een persoonsalarm kan door een MSC gecoördineerd worden. Een medewerker van een MSC kan op een centraal dashboard afwijkende waardes signaleren en indien nodig interveniëren. Een interventie kan bestaan uit (beeld)bellen met de patiënt, een zorgverlener inschakelen of een patiënt verzoeken naar het ziekenhuis te komen. Het doel van MSC in zowel de medisch specialistische zorg als de thuiszorg is patiënten zoveel mogelijk thuis zorg te laten ontvangen. Het idee is dat dit een positief effect heeft op de kwaliteit van leven en zorg, en de arbeidscapaciteit vergroot.

Drie onderdelen van een MSC

Een MSC valt op te delen in drie onderdelen

- De techniek van een MSC: bijvoorbeeld een dashboard voor de zorgverlener of een meetinstrument voor de patiënt.
- De service van een MSC: bijvoorbeeld een helpdesk voor patiënten bij het gebruik van de meetinstrumenten.
- De zorginhoud van een MSC: actieve telemonitoring en interventies door personeel van het MSC

Het is interessant om per onderdeel te onderzoeken of dit van meerwaarde kan zijn voor de huisartsenzorg.

Een genuanceerde blik op MSC

We zien deze ontwikkeling in het land tegemoet. Het is interessant om gebruik te maken van de mogelijkheden die er al zijn en de ontwikkelkracht van een MSC. De ideale manier van inzet van een servicecentrum is echter nog niet helder. De schaalgrootte van een MSC kan kansen bieden, maar er is nog niet bekend⁵ welke schaal optimaal is voor patiëntbeleving, kwaliteit en kostenreductie. Het is goed mogelijk dat de verschillende elementen een ander optimum in schaalgrootte kennen. De organisatie moet daarbij aansluiting vinden met de patiënten die ze

⁵ <https://www2.deloitte.com/nl/nl/pages/life-sciences-en-gezondheidszorg/articles/medische-service-centra.html>

bedient en de samenwerkingspartners die daarvoor nodig zijn. In de meeste gevallen zal dit in regionaal verband zijn. Het technische platform moet interessant genoeg zijn voor leveranciers, zowel van meetapparatuur als van EPD's en specifieke algoritmen, om op aan te sluiten en voldoende ontwikkelkracht hebben om ook de snelle ontwikkelingen in de techniek te kunnen faciliteren. Dit vereist al snel een grotere schaal en hoger niveau van standaardisatie.

Verder zijn er nog veel vraagstukken op te lossen zoals over uitwisseling van data, samenwerkingsafspraken, hoofdbehandelaarschap, organisatievorm, etc. Daarbij speelt ook dat de huisartsenzorg, met name in grootstedelijke omgevingen, geconfronteerd wordt met meerdere ziekenhuizen en de VVT die ieder hun eigen MSC lanceren, met eigen organisaties en verschillende technische oplossingen.

De poortwachtersfunctie van de huisarts blijft onverminderd voor deze servicecentra gelden; wanneer patiënten/consumenten zichzelf aanmelden bij een MSC wordt de zorg alleen maar duurder.

Er zijn verschillende scenario's mogelijk voor telemonitoring in de huisartsenzorg

Bij telemonitoring in de huisartsenzorg kun je aan verschillende scenario's denken. Hieronder volgen enkele voorbeelden.

- Zelfmonitoring op indicatie van de huisarts

De patiënt monitort zijn eigen gezondheidssituatie waarbij de huisarts met de patiënt afspraken heeft gemaakt over op welke manier dat gebeurt. Bijvoorbeeld in de chronische zorg. Het meetinstrument of de bijbehorende software kan adviseren, geeft aan wanneer er sprake is van een afwijkende waarde, of wanneer er een vervolgactie nodig is. Een vervolgactie kan zijn een interventie zoals medicatie, beweging of contact opnemen met de huisarts. Bij deze vorm wordt er dus veel minder personeel ingezet. Dergelijke instrumenten bestaan in deze vorm echter nog niet.

- Telemonitoring per zorgprogramma door de POH

Bij inzet van telemonitoring per zorgprogramma vinden metingen niet meer plaats in de huisartsenpraktijk, maar thuis. Denk aan bloeddruk, bloedglucose, gewicht, stappenteller, saturatiemetingen. Deze gegevens komen binnen bij de huisartsenpraktijk. De POH evalueert deze gegevens via een dashboard op regelmatige basis, bijvoorbeeld wekelijks. Fysieke consulten worden alleen ingezet wanneer nodig. De patiënt ziet ook eerder welk effect leefstijl op de meetwaarden heeft.

- Telemonitoring per zorgprogramma door personeel van een MSC

Telemonitoring per zorgprogramma kan ook ondersteund worden door een MSC. In plaats van een POH die via een dashboard meekijkt, wordt personeel van het MSC ingezet. Het MSC kijkt mee en neemt bij afwijkende waarden zelf contact op met de patiënt, stuurt deze door naar de eigen huisarts, of neemt contact op met de huisarts.

Een mogelijk voordeel ten opzichte van monitoring door de POH is dat niet elke POH apart getraind hoeft te worden in telemonitoring. Dat heeft vooral zin wanneer veel patiënten gemonitord moeten worden. Een nadeel van deze manier van werken is dat er geen gebruik wordt gemaakt van de persoonlijke relatie tussen patiënt en POH. Een POH die haar patiënten goed kent, kan de betekenis van meetwaarden misschien beter inschatten.

- Telemonitoring per zorgprogramma door de techniek en service van een MSC

Een alternatief op bovengenoemd scenario is dat er met name gebruik wordt gemaakt van de techniek en service van het MSC. Tools en meetinstrumenten kunnen via het MSC worden verstrekt aan de patiënt. Technische vragen daarover kunnen gesteld worden aan de helpdesk van het MSC.

Eventueel kan de POH ingezet worden in het MSC.

- Transmurale inzet telemonitoring per zorgprogramma

Telemonitoring kan ook transmuraal worden ingezet door een samenwerking tussen ziekenhuis, huisarts, thuiszorg en sociaal domein. Of voor de patiëntengroep die tussen de eerste en tweedelijnszorg in beweegt. Een MSC kan dit ondersteunen. In dit scenario moeten de chronische zorgpaden herontworpen worden om domeinoverstijgende zorg te bieden. In deze situatie maakt het niet uit wie hoofdbehandelaar is. Afhankelijk van de inrichting, zijn regionale afspraken nodig over de samenwerking, zorginhoud, contractafspraken met de leverancier van het platform en de leverancier van het MSC. Het MSC zou zelfs een aparte entiteit kunnen zijn met ook verantwoordelijkheid, vergelijkbaar met eerstelijnsverblijf of anderhalvelijnszorg.

- Telemonitoring tijdens de laatste levensfase

Waarschijnlijk zou de huisartsenzorg ook meer gebruik kunnen maken van monitoring die nu door de thuiszorg wordt ingezet. Bijvoorbeeld in de laatste levensfase. Met behulp van sensoren en vragenlijsten (bv. voor symptoomlast) is er beter inzicht in de situatie van de patiënt op dat moment.

De genoemde scenario's zijn vaak slechts een onderdeel van een andere inzet van zorg. Meer samenwerking om de patiënt heen, meer digitale ondersteuningsmogelijkheden voor de patiënt zoals zelfzorgmodules, of bijvoorbeeld telemonitoring als onderdeel van een digitale ingang voor patiënten tot de eerstelijnszorg of zorg in de regio.

In afwachting op de uitwerking van de visie op de eerstelijnszorg, waarin er een intensievere samenwerking is tussen huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker, zijn er wellicht nog andere toepassingsgebieden om telemonitoring effectief in te zetten.

Bepaal het doel van telemonitoring

Nu we hebben gezien welke ontwikkelingen en mogelijkheden er zijn, is het voor de huisartsenzorg van belang om eerst te bepalen met welk doel telemonitoring ingezet moet worden. Welke meting moet plaatsvinden en wat is de meerwaarde dit op afstand te monitoren? Vervolgens moet gekeken worden hoe het zorgproces hierop aangepast moet worden. Pas daarna volgt welke technische oplossing gekozen moet worden.

Doel

Doelen om te kiezen voor telemonitoring kunnen zijn: de zorg verbeteren, meer service bieden aan de patiënt, en/of arbeidscapaciteitsvergroting (meer patiënten kunnen helpen met evenveel arbeidskracht).

Zorgproces

Er zijn verschillende keuzemogelijkheden om het zorgproces in te richten:

- Wie is verantwoordelijk: de professional of de patiënt?
- Wie monitort: de patiënt, de huisarts, een MSC, of de techniek?
- Hoe vinden metingen plaats: Wordt er gekozen voor zelfmetingen die digitaal worden doorgegeven, op papier worden doorgegeven, of wordt gebruik gemaakt van sensoren?
- Gaat het om een zorgvraag die monodisciplinair is op te lossen of gaat het om een multidisciplinaire zorgvraag?
- Is er meerwaarde om een MSC in te zetten? En welk onderdeel van een MSC kan meerwaarde bieden: de techniek, de service of de zorginhoud?

Er zijn nog veel onbeantwoorde vragen rondom telemonitoring

Aan de hand van voorgaande keuzes, kan telemonitoring doelgericht ingezet worden. Momenteel is echter nog niet bekend of telemonitoring daadwerkelijk arbeidscapaciteitsvergroten of kostenbesparend werkt. Of welke schaal daarvoor nodig is. Ook weten we nog niet voor welk doel of welke doelgroep de meeste voordelen te behalen zijn. Deze vragen zullen al doende beantwoord moeten worden.

Of telemonitoring kosten bespaart is niet duidelijk

Het inrichten van een telemonitoringsvoorziening is een kostbare aangelegenheid. Denk aan het telemonitoringssysteem, apparatuur voor bij de patiënten thuis, ondersteuning, implementatiekosten, en onderhoud. Slechts bij de juiste schaalgrootte en randvoorwaarden kan er misschien sprake zijn van kostenbesparing. Ook is er een kans dat de opbrengsten bij andere partijen neerslaan dan degenen die de kosten moeten maken. We moeten gezamenlijk en op landelijk niveau kijken naar een passende oplossing.

Welke schaalgrootte het beste werkt voor telemonitoring is nog onduidelijk

Telemonitoring kan alleen efficiënt worden ingezet bij een voldoende schaalgrootte. Zoals we eerder zagen is voor MSC nog niet bekend welke schaal het beste werkt. Dit geldt ook voor de huisartsenzorg. Regio's die zelf aan de slag zijn gegaan, zijn enthousiast, maar merken ook hoeveel tijd, motivatie en continue aandacht nodig is om telemonitoring goed van de grond te krijgen en te houden. Elke POH die monitort en elke patiënt waarbij telemonitoring zinvol kan worden toegepast, moet worden geïnstrueerd en gemotiveerd. We kunnen de voorzichtige conclusie trekken dat de schaalgrootte van een gemiddelde RHO te klein is.

Schaalvergroting is echter ook niet altijd de oplossing; bij zorgcoördinatie zien we dat er ook rekening gehouden moet worden met de softe kant van modellen: zoals personeel dat verder weg of naar een andere werkgever moet en daardoor afhaakt.

Technisch is nog niet alles mogelijk

Er bestaan nog nauwelijks monitoringssystemen waarbij de patiënt zelf monitort, en daarbij geholpen wordt door de techniek. Dergelijke beslisondersteunende systemen vallen volgens Europese regelgeving onder zogenaamde 'medische hulpmiddelen' en zullen een MDR-certificering nodig hebben (Medical Device Regulation⁶). Dit zijn behoorlijk strenge eisen. Telemonitoring in de medisch specialistische zorg of in de thuiszorg is zorginhoudelijk gezien wat anders dan in de huisartsenzorg. Ook hebben klachten en meetwaarden een andere

⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/medische-hulpmiddelen/nieuwe-wetgeving-medische-hulpmiddelen>

betekenis qua urgentie. Het lijkt erop dat telemonitoringstools apart zullen moeten worden ontwikkeld of ingericht per zorgdomein.

Een compleet open technisch platform waarop vanuit verschillende zorgdomeinen kan worden aangesloten, bestaat momenteel ook nog niet. Een dergelijk platform zou interessant moeten zijn en blijven om op aan te sluiten door monitoringsmodules en bijvoorbeeld het HIS.

Benodigde randvoorwaarden

Naast de genoemde onbeantwoorde vragen, kan telemonitoring alleen meerwaarde bieden wanneer er voldaan wordt aan een aantal randvoorwaarden. Ten eerste omschrijven de LHV en V&VN in een *position paper*⁷ de randvoorwaarden waaraan de huisarts en wijkverpleging behoefte hebben. Dit omvat bijvoorbeeld samenwerkingsafspraken over rollen en verantwoordelijkheden, maar ook behoefte aan duidelijke onderbouwing van efficiëntie, waar (medische) grenzen liggen aan de inzet van telemonitoring, en passende bekostiging. Ook de IGJ heeft een toetsingskader telemonitoring⁸ opgesteld.

Volgens ons zijn de belangrijkste randvoorwaarden;

- Wanneer een patiënt vervroegd ontslag krijgt uit het ziekenhuis moet deze terecht kunnen bij het desbetreffende ziekenhuis of een verbonden MSC. Tenzij er afspraken zijn over ontschotte of domeinoverstijgende zorg, blijft medisch specialistische zorg horen bij de medisch specialist. Het is de taak van het ziekenhuis om voldoende duidelijk te maken aan patiënten waar zij terecht kunnen met vragen of bijvoorbeeld verergering van klachten, ook buiten reguliere openingstijden. Het is bij uitstek niet de bedoeling dat deze patiënten zich melden op de huisartsenspoedpost waar men niet beschikt over de benodigde capaciteit en medische gegevens.
- Organisatorisch spelen vragen over hoe de financieringsstromen lopen. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een MSC komen daar aanvullende vragen bij over zeggenschap over de (door)ontwikkeling van het gebruikte platform, over verantwoordelijkheid voor de behandeling conform wet- en regelgeving (bv. Wgbo en Wkkgz), enz. Ongetwijfeld lopen we hier tegen markt- en systeemknelpunten aan. Deze willen we ook uit de praktijk ophalen en landelijk adresseren.
- Uitwisseling van patiëntgegevens moet geregeld zijn, zowel qua toestemming van de patiënt als de technische mogelijkheden voor uitwisseling. Als het nodig is om over gegevens te beschikken, dan moet data uitgewisseld kunnen worden los van de functie. Dat betekent dat het niet uitmaakt welke applicatie gekozen wordt door het ziekenhuis, de huisarts of de patiënt. Dit is in lijn met de Nationale Visie en Strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel.
- Zorginhoudelijk: zoals gezegd heeft telemonitoring per zorgdomein een andere betekenis. Als er gebruik wordt gemaakt van een MSC is de vraag hoe dat goed samen kan komen. Het kan helpen een aparte stroom in te richten voor huisartsenzorg.

Over bovengenoemde randvoorwaarden kunnen deels in de regio afspraken worden gemaakt. Andere punten zullen landelijk opgepakt moeten worden.

⁷ <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2023/07/Position-paper-LHV-en-VenVN-Telemonitoring-in-de-thuissituatie-juli-2023.pdf>

⁸ <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2022/03/10/telemonitoring-van-volwassenen-thuis>

De rol van de RHO

De RHO heeft de positie om samen met de aangesloten huisartsen de koers ten aanzien van telemonitoring vast te stellen. Ook al is de schaalgrootte van een RHO voor de zelfstandige toepassing van telemonitoring in een aantal gevallen te klein voor die RHO. Vervolgens kan de RHO namens met de huisartsen in gesprek gaan met, bijvoorbeeld, een ziekenhuis, MSC of aanbieder van telemonitoringoplossingen over de mogelijkheden om de gewenste telemonitoringfunctionaliteiten te bieden. Ook kan de RHO praktijken ondersteunen bij de inzet van telemonitoring; zowel bij de organisatie ervan als de samenwerkingsafspraken met netwerkpartners. Om al deze afspraken te kunnen maken is wederzijds vertrouwen tussen netwerkpartners onontbeerlijk. Daarbij heeft bijvoorbeeld de medisch-specialistische zorg de huisartsenzorg net zo hard nodig als andersom. Ook op landelijk niveau moeten we hierover afspraken maken.

Ten slotte is het aan de RHO om in deze fase van innovatie een evaluatieplan op te stellen. Alleen met een concreet evaluatieplan kan de eventuele meerwaarde van telemonitoring en de meest effectieve werkwijze worden aangetoond.

