

HANDREIKING

Telemonitoring



Colofon:

De handreiking Telemontoring is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in afstemming met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk, is toegestaan mits met bronvermelding.

Copyright

© Federatie Medisch Specialisten, NVZ, NFU en ZN, December 2022

Vormgeving IJzersterk.nu

Disclaimer algemeen

De partijen Federatie Medisch Specialisten, NVZ, NFU en ZN hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van deze handreiking. Desondanks accepteren deze partijen afzonderlijk en gezamenlijk geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie. Aan deze handreiking kunnen geen rechten worden ontleend.

Disclaimer NZa

De NZa heeft met deze eerste versie van de handreiking meegelezen. Deze handreiking is geen toetsingskader of wet- en regelgeving, maar geeft hier een nadere toelichting op. Voor de van toepassing zijnde wet- en regelgeving wordt verwezen naar de geldende NZa-regelgeving vanaf 1-1-2023. De NZa-regelgeving is altijd voorliggend.

Inhoud

Inleiding, doel en reikwijdte	4
Leeswijzer	4
Hoofdstuk 1 Algemene doelstellingen telemonitoring	5
Aanvullende bronnen van informatie over telemonitoring	5
Hoofdstuk 2 Definitie en toelichting zorgprestatiecode telemonitoring	7
Definitie telemonitoring inclusief toelichting in de regelgeving	7
Uitleg en focus	8
Hoofdstuk 3 Afbakening en randvoorwaarden (voor declaratie) van telemonitoring	9
ZiNL standpunt e-Health/telemonitoring	9
Telemonitoring en de rol van de wetenschappelijke vereniging	9
Algemene criteria voor de inzet van telemonitoring	9
In- en exclusiecriteria voor de inzet van telemonitoring (m.b.t. de aandoening en individuele patiënt)	10
Inclusiecriteria	11
Exclusiecriteria	11
Kwaliteits- en randvoorwaarden m.b.t. telemonitoring	12
Behandelprotocol, dossier(voering) en verslaglegging	12
Hoofdstuk 4 Registratie en declaratie van telemonitoring	13
Extramurale setting	13
Intramurale/verblijf setting	13
Onderbreking van monitoring	14
Doorlopende registratie bij regelmatige metingen voor telemonitoring	15
Hoofdstuk 5 Kostenprofiel en kostprijsonderzoek telemonitoring	16
Bijlage 1 Organisatorische afspraken en vastlegging in medisch dossier	18
Specifieke afspraken en dossievoering	18
Voorlichtingsmateriaal	19
Overleg en evaluatie met de patiënt	19
Evaluatie intern	19
Bijlage 2 Handvatten m.b.t. evaluatie kwaliteit en doelmatigheid bij telemonitoring	20
Hoe te evalueren	20
Meetinstrumenten	21
Handvatten m.b.t. evaluatie van efficiëntie/doelmatigheid parameters	22
Bijlage 3 Toetsingscriteria IGJ	24

Inleiding, doel en reikwijdte

Vanaf 1 januari 2023 wordt de add-on prestatie telemonitoring (ZA 039133) apart declarabel. De Federatie Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) hebben in afstemming met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een handreiking opgesteld. Het doel van deze handreiking is het geven van achtergrondinformatie over telemonitoring, een toelichting op de nieuwe prestatie telemonitoring, het gebruik ervan, en het beschrijven van de aanvullende randvoorwaarden en kwaliteitsvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan voor registratie en declaratie om telemonitoring passend in te zetten.

Deze handreiking moet gezien worden als een aanvulling op de officiële NZa-regelgeving. De NZa-regelgeving is altijd voorliggend. Het op juiste wijze toepassen hiervan is essentieel, omdat de inzet van telemonitoring dient te leiden tot betere zorg vanuit het perspectief van de patiënt (met meer eigen regie en ziekte-inzicht), dit de organisatie van zorg moet verbeteren, bestaande zorg dient te vervangen of verminderen dan wel het voorkomen van zorg. Dit alles met als doel te komen tot passende zorg. Deze handreiking draagt bij aan de ambities zoals deze zijn opgenomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin afspraken gemaakt zijn over het (met o.a. inzet van digitale zorg waar het kan) toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg, om de grote uitdagingen waar de zorg voor staat het hoofd te kunnen bieden. Deze handreiking is niet uitputtend en gaat uit van wat er op dit moment bekend is over (de toepassing van) telemonitoring. Zo nodig volgt een nieuwe versie.

LEESWIJZER

In hoofdstuk 1 worden de algemene (beoogde) doelstellingen van telemonitoring beschreven, waarna in hoofdstuk 2 de (NZa-)definitie van telemonitoring en de toelichting daarop worden besproken met nadere uitleg en focus. In hoofdstuk 3 worden de afbakening en randvoorwaarden voor registratie en declaratie van telemonitoring met in- en exclusiecriteria beschreven. Daarna volgen hoofdstuk 4 over registratie en declaratie van telemonitoring en hoofdstuk 5 over kostenprofiel en kostprijsonderzoek t.a.v. telemonitoring. Tenslotte zijn in 3 bijlagen de volgende onderwerpen (nader) uitgewerkt: organisatorische afspraken en vastlegging in het medisch dossier (bijlage 1), handvatten m.b.t. evaluatie kwaliteit en doelmatigheid bij telemonitoring (bijlage 2) en een samenvatting van de IGJ toetsingscriteria m.b.t. telemonitoring (bijlage 3). Daar waar (regie)behandelaar, zorgverlener, zorgprofessional, medisch specialist, etc. staat genoemd, moet dit gelezen worden als de (verantwoordelijk) beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent (conform de NZa-regelgeving), dan wel wordt de zorgprofessional bedoeld die onder de verantwoordelijkheid valt van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent.

HOOFDSTUK 1

Algemene doelstellingen telemonitoring

Met telemonitoring wordt zorg op afstand geleverd en wordt een stap gemaakt naar een bredere toepassing van digitale zorg in de thuissituatie van de patiënt of een daaraan gelijk te stellen setting. Dit is een nieuw zorgpad ten opzichte van de nu reguliere zorgpaden met reguliere poliklinische consulten en/of consulten op afstand (belconsulten, screen-to-screen consulten of schriftelijke consultatie). Dit is een vorm van juiste zorg op de juiste plek met als doel hiermee passende zorg te optimaliseren. Met het op juiste indicatie inzetten van telemonitoring is het uitgangspunt dat een patiënt daarmee beter structureel te monitoren is. Bovendien kan bij (dreigende) verslechtering beter tijdig worden 'bijgestuurd' en/of kan de patiënt zo stabiel mogelijk worden gehouden. Hierdoor kunnen reguliere (polikliniek) consulten, seh-bezoeken en (her)opnames voorkomen worden (en/of ligduur verkort worden).

Als de metingen bij telemonitoring geen aanleiding vormen voor een (poliklinisch) consult met de zorgverlener in de medisch specialistische zorg, dan hoeven deze patiënten niet naar het ziekenhuis en/of hoeven zij geen (digitaal of fysiek) consult met de behandelend arts te hebben. Verder is het streven van telemonitoring om de patiënten (en hun mantelzorgers) meer ziekte-inzicht te geven over hun (chronische) aandoening, meer eigen regie te laten nemen, de reistijd voor patiënten te beperken door zorg op afstand te leveren, en de patiënttevredenheid te vergroten. Het inzetten van telemonitoring moet passen bij (de fase van) het ziektebeeld en de zorgvraag van de patiënt, en dit wordt in het kader van samen beslissen met de patiënt besloten. Alle bovenstaande doelstellingen dragen bij aan passende zorg en het uitgangspunt dat de kwaliteit van zorg in het zorgpad met telemonitoring minimaal gelijk of beter moet zijn aan het reguliere zorgpad.

AANVULLENDE BRONNEN VAN INFORMATIE OVER TELEMONITORING

Naast deze handreiking zijn er diverse andere documenten beschikbaar, waarin algemene en (aandoening)specifieke informatie te vinden is m.b.t. telemonitoring (zoals factsheets, IGJ-toetsingskaders, implementatiekaarten, de NZa wegwijzer Bekostiging Digitale Zorg, etc.)^{1 2 3 4 5 6 7 8}. Ook de website van het ZN kenniscentrum Digitale Zorg⁹ biedt informatie (o.a. de leidraad 'Digitale zorg en AI' en 'Waardebepaling in de praktijk') over digitale zorg, o.a. wat betreft kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid/doelmatigheid en duurzaamheid.

Bij het (gaan) inzetten van telemonitoring wordt geadviseerd om naast de voorliggende handreiking kennis te nemen van de hierboven genoemde informatie, aangezien deze documenten (zie voetnoten) onder meer ingaan op algemene aspecten en diverse toetsbare eisen en randvoorwaarden betreffende doel(en), opzet, uitvoering, continuïteit, veiligheid en rollen bij telemonitoring. Voor inzet van telemonitoring bij een specifiek zorgpad wordt geadviseerd om ook beschikbare richtlijnen (van de wetenschappelijke vereniging) hierover te raadplegen, omdat deze de inhoud van zorg beschrijft en mogelijk aanbevelingen doet voor de organisatie van zorg.

-
- 1 <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2022/02/28/factsheet-telemonitoring-bij-volwassenen-thuis>
 - 2 <https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2021/11/16/toetsingskader-telemonitoring-volwassenen-thuis>
 - 3 <https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2019/10/18/toetsingskader-inzet-van-e-health-door-zorgaanbieders>
 - 4 <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Factsheet%20JZOJP%20Financieringsmogelijkheden.pdf>
 - 5 https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Implementatiekaart_telemonitoring_IBD.pdf
 - 6 https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Implementatiekaart_telebegeleiding_COPD.pdf
 - 7 <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Implementatiekaart%20telebegeleiding%20hartfalen.pdf>
 - 8 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_655318_22/1/
 - 9 <https://www.zn.nl/digitalezorg>

Verder is het van belang om kennis te nemen van de vigerende wet- en regelgeving omtrent privacy, technische certificering (CE en MDR) en verantwoord gebruik van data en informatiebeveiliging. Bovengenoemde zaken zijn van belang om te toetsen of het nieuwe zorgpad geschikt is en bijdraagt aan de doelstellingen van telemonitoring.

HOOFDSTUK 2

Definitie en toelichting zorgprestatiecode telemonitoring

DEFINITIE TELEMONITORING INCLUSIEF TOELICHTING IN DE REGELGEVING

De NZa heeft vanaf 2023, in overleg met de partijen die deze handreiking hebben opgesteld, een nieuwe definitie met bijbehorende prestatie voor telemonitoring opgesteld. In de Regeling medisch-specialistische zorg (Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2306a - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)) zijn in artikel 24 lid 69, de toelichting op artikel 24 lid 69 en artikel 34a lid 21 bepalingen over telemonitoring opgenomen:

NR artikel 24 lid 69. Telemonitoring (039133)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor het op afstand monitoren van een patiënt in het kader van een medisch-specialistische behandeling.

a. De monitoring bevat meerdere meetmomenten per jaar en omvat twee onderdelen:

- het door de zorgverlener geautomatiseerd en/of aan de hand van digitale vragenlijsten verzamelen van klinische gegevens van de patiënt, welke gegevens met toestemming van de patiënt of diens (wettelijke) vertegenwoordiger beschikbaar worden gesteld aan de zorgverlener. Het beschikbaar stellen van deze gegevens geschiedt via een mobiele device en/of digitale zorg applicatie;
- interpretatie van de gegenereerde en opgeslagen gegevens van de patiënt, door of onder verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.

b. De start van de telemonitoring is de eerste kalenderdag waarop voor de telemonitoring data worden verzameld. De zorgactiviteit wordt maximaal één keer per 120 dagen geregistreerd. Registratie van deze zorgactiviteit is slechts toegestaan, indien de toepassing van telemonitoring herleidbaar is uit het medisch dossier. Registratie van de zorgactiviteit telemonitoring vindt plaats zolang de patiënt gebruik maakt van telemonitoring. Ook wanneer er gedurende die 120 dagen tijdsintervallen zijn waarbinnen geen meting plaatsvindt, wordt de activiteit geregistreerd. Bij een onderbreking van telemonitoring vanwege een klinische opname - met verpleegdagen of een klinische zorgdag in de thuissituatie - korter dan 120 dagen, blijven de registratieregels met betrekking tot telemonitoring van toepassing.

c. Telemonitoring bij patiënten met meerdere (chronische) aandoeningen kan per aandoening worden geregistreerd, mits het hierbij gaat om verschillende parameters of meetwaarden. Indien bij meerdere (chronische) aandoeningen dezelfde parameters of meetwaarden bij hetzelfde medisch specialisme gebruikt worden, valt dit onder de registratie van dezelfde telemonitoring.

d. Telemonitoring vervangt reguliere medisch-specialistische zorg. Bij de prestatie voor telemonitoring geldt dat het om toepassingen gaat die een alternatief vormen binnen een regulier zorgpad bij (veelal) chronische aandoeningen.

NR art. 34a lid 21.

De add-on overig telemonitoring (039133) wordt maximaal één keer per 120 dagen gedeclareerd. Declaratie van de add-on overig telemonitoring (039133) vindt plaats zolang de patiënt gebruik maakt van telemonitoring. Ook wanneer er gedurende die 120 dagen tijdsintervallen zijn waarbinnen geen meting plaatsvindt, wordt de prestatie gedeclareerd.

Toelichting NR artikel 24 lid 69

Met 'op afstand monitoren' wordt bedoeld op het monitoren van een patiënt buiten de muren van de vestiging van de behandelend beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.

Bij de totstandkoming van de regelgeving voor 2023 is ervoor gekozen om de definitie van telemonitoring in het hoofdstuk over zorgactiviteiten op te nemen. Dit is echter niet de juiste plek in de regelgeving. Hierdoor is niet voldoende duidelijk dat het bij telemonitoring om een overig zorgproduct (add-on overig) gaat. Om deze reden is door de NZa besloten om een wijzigingsbesluit (WB) vast te stellen dat toeziet op telemonitoring voor de regelgeving van 2023. In het WB zal m.b.t. telemonitoring het volgende worden opgenomen:

- Definitieve wijziging: verplaatsen van NR art 24 lid 69 naar NR artikel 26 lid 5 (add-on overig) 7e bullet
- Hierop aansluitend een aanpassing van de NR Toelichting van art 24 naar 26

Dit wijzigingsbesluit zal per 1 januari 2023 onderdeel zijn van de NR-REG 2306a. Op deze manier staat het artikel met de definitie van telemonitoring onder het hoofdstuk van overige zorgproducten in de regelgeving, en is daarmee onder meer ook duidelijker welke informatieverplichtingen van toepassing zijn.

UITLEG EN FOCUS

Onder telemonitoring wordt in de praktijk verstaan het via zorg op afstand (extramuraal) monitoren van de patiënt met betrekking tot een bepaald, vaak chronisch, ziektebeeld. De monitoring vindt plaats in de thuissituatie door de patiënt zelf en/of op afstand (door of via de zorgverlener of een medisch service centrum) met behulp van data, verkregen via devices en/of apps en/of websites. Deze data worden gedeeld met de betreffende zorgverlener, zonder dat daarvoor direct contact c.q. consulten (fysiek of op afstand) met de patiënt nodig is. Uitgangspunt is de NZa-definitie van telemonitoring (zorgactiviteit 039133).

Deze handreiking richt zich op het gebruik van telemonitoring op zich, wat kan met en zonder (specifieke) begeleiding¹⁰ of coaching van de patiënt. Het volgende hoofdstuk geeft een beschrijving van de afbakening van en randvoorwaarden met betrekking tot telemonitoring.

¹⁰ Begeleiding en/of coaching van de patiënt bij telemonitoring wordt ook aangeduid als 'Telebegeleiding'. Dit is geen NZa-zorgprestatie en wordt in deze handreiking dan ook verder niet gebruikt.

HOOFDSTUK 3

Afbakening en randvoorwaarden (voor declaratie) van telemonitoring

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het standpunt van het Zorginstituut (ZiNL) t.a.v. telemonitoring en worden, mede op basis daarvan, zowel als o.b.v. de NZa-regelgeving en de insteek van de opstellers van deze handreiking, criteria met betrekking tot afbakening, in- en exclusiecriteria en overige kwaliteits- en randvoorwaarden beschreven. Ook worden criteria benoemd die helpen om te bepalen of telemonitoring wel of niet een geschikt instrument is om in de zorg dan wel het zorgpad in te zetten.

ZiNL STANDPUNT E-HEALTH/TELEMONITORING

Op verzoek van de NZa en Federatie Medisch Specialisten heeft het ZiNL zich in 2017 gebogen over (de situaties met) telemonitoring en de vraag wanneer dit wel of niet tot de verzekerde zorg kan behoren. Daaruit resulteerde o.b.v. het rapport 'Wanneer is E-health verzekerde zorg' het onderstaande te volgen standpunt:

1. Telemonitoring als vervanging van verzekerde zorg met gebruikelijke meting(en) en gelijk qua inhoud en frequentie is te beschouwen als verzekerde zorg.
2. Telemonitoring als vervanging van gebruikelijke meting(en) en niet gelijk qua inhoud en frequentie; dan is het gerechtvaardigd de vraag te stellen of dit al/niet voldoet dit aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.
3. Telemonitoring als vervanging van niet verzekerde zorg zal dan meestal ook geen verzekerde zorg zijn.

Als telemonitoring eenzelfde soort zorg inhoudt, maar op andere wijze geleverd wordt, is dit in beginsel verzekerde zorg. De inzet van digitale zorg (en van telemonitoring) kan per aandoening (en fase daarvan) wel verschillen en is niet per definitie passende zorg of doelmatig. Om die reden dient het inzetten van telemonitoring vooraf onderwerp van gesprek te zijn van overleg tussen zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dient de inzet ervan via evaluatie(s) beoordeeld te worden of telemonitoring al dan niet zinvol respectievelijk passend en doelmatig is. Alleen indien de telemonitoring voldoet aan de vereisten van de stand van de wetenschap en praktijk is deze declarabel conform de reguliere bekostiging.

TELEMONITORING EN DE ROL VAN DE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGING

De betreffende wetenschappelijke vereniging ondersteunt en adviseert haar leden bij het specifiek op hun expertisegebied toepassen en formuleren van de algemene afbakeningscriteria, de in- en exclusiecriteria en verdere randvoorwaarden bij specifieke ziektebeelden binnen hun specialisme, waarvoor telemonitoring geschikt kan zijn. Het is belangrijk dat de inhoudelijke medische kennis en overwegingen hierin leidend zijn. Dit doen de wetenschappelijke verenigingen al bijvoorbeeld door hier (landelijke) handreikingen voor aan te bieden of dit op te nemen in richtlijnen en dit actief uit te dragen naar hun leden. De in- en exclusiecriteria kunnen verschillen per (fase van de) aandoening, of per gekozen device of app. Het aanbieden van uniforme, landelijke geldende criteria daarvoor door wetenschappelijke verenigingen is daarom niet realistisch. De wetenschappelijke vereniging deelt haar opgedane kennis over de inzet van telemonitoring en verbindt lokale vakgroepen voor het uitwisselen van kennis over het goed inrichten van telemonitoring. Verder is het te overwegen om voorbeelden en m.n. best practices van het gebruik van telemonitoring op een centrale plek te verzamelen. De wetenschappelijke vereniging kan hier een coördinerende rol in nemen.

ALGEMENE CRITERIA VOOR DE INZET VAN TELEMONITORING

- Er wordt voldaan aan de NZa definitie voor telemonitoring.
- Er is sprake van een medisch-specialistische zorgvraag bij (een fase of fasen van) een bepaalde aandoening waarvoor telemonitoring geschikt is en ingezet kan worden.
- Inzet van telemonitoring moet doelmatig en passend zijn en leiden tot aanpassing/vervanging van huidige zorgpaden/bestaande zorg en komt in plaats van andere medisch-specialistische zorg. Het doel is dat telemonitoring

- bestaande zorg vervangt en/of vermindert en/of leidt tot verbetering van kwaliteit van zorg tegen dezelfde kosten.
- Het gaat hierbij niet over consulten en/of onderzoeken waar reeds eigen zorgactiviteiten en/of dbc's voor zijn.
- De (telemonitoring) zorg past bij de actuele zorgbehoefte van de patiënt.
- De voor de telemonitoring gebruikte middelen (device, app en/of website) en de wijze van implementatie zijn effectief voor de betreffende zorgvraag/aandoening/ziektebeeld.
- Met behulp van telemonitoring worden de voor de zorgvraag bruikbare (fysiologische) parameters met bijpassende (afkap)waarden en/of bandbreedtes vastgelegd.
- De telemonitoring en opzet voldoet aan de eisen van het toetsingskader IGJ. Zie bijlage 3 voor de criteria van de IGJ.
- De zorgverlener en patiënt beslissen samen of telemonitoring bijdraagt aan de behandeling en passend is bij de wensen van de individuele patiënt, en of deze in staat is om te gaan met de voor telemonitoring gebruikte middelen. Uitgangspunt is dat telemonitoring de (organisatie van) zorg voor de patiënt verbetert.
- Vooraf worden er afspraken gemaakt tussen zorgaanbieder, zorgprofessional en de zorgverzekeraar over de opzet en het meten en evalueren van de gestelde doelen m.b.t. doelmatigheid in kwalitatieve-, organisatorische- en financiële zin, voorts t.a.v. patiënt- en zorgverlener tevredenheid. Dit kan verschillen per (vorm van) telemonitoring per ziektebeeld. Deze afspraken worden gemaakt op het niveau van het zorgpad, niet op dat van de individuele patiënt.

Het starten van telemonitoring wordt momenteel vooral toegepast in stabiele en chronische situaties, waarin de diagnose al gesteld is en het ziektebeeld al min of meer in een stabiele fase is. Daarbij moet e.e.a. goed met de patiënt zijn besproken en dient deze (of diens wettelijke vertegenwoordiger) daarvoor (schriftelijk) toestemming te hebben gegeven.

Het betreft hier medisch-specialistische zorg. Aanvullend in de afbakening geldt dat het hierbij gaat om telemonitoring vanuit een specialisme- en/of specifiek ziektebeeld én om een extramurale setting.

Het inzetten van telemonitoring ten behoeve van het eerder (vanuit een klinische setting) ontslaan van patiënten én telemonitoring over de lijnen heen vallen niet onder deze zorgprestatie telemonitoring en dus buiten de scope van deze handreiking.

Het is belangrijk om vooraf en in de contractering goede afspraken (over telemonitoring) te maken met de zorgverzekeraar. Hierbij moet gekeken worden naar het bredere kader ten aanzien van de effecten van telemonitoring. Zoals minder ontregeling van het ziektebeeld van de patiënt, het voorkomen van acute seh-bezoeken en/of -opnames hiervoor, minder consulten per patiënt, en daarmee ook beperking van de reistijd indien er sprake is van fysieke consulten. Voorts de toename van de eigen regie over en inzicht in het ziektebeeld voor de patiënt en hun mantelzorgers. Dit alles draagt in potentie bij aan doelmatigheid en kosteneffectiviteit, omdat 'onnodige' contacten/consulten zo voorkomen kunnen worden.

Daarnaast is het van belang om bij het lokaal/regionaal (gaan) opzetten en implementeren van telemonitoring in het zorgpad de lokale/regionale huisartsen(organisaties), VVT-organisaties en patiëntenorganisaties/vertegenwoordigers (en eventueel ook gemeentelijke instanties) te informeren en zo nodig te betrekken. Hoewel het hier gaat om telemonitoring in de medisch-specialistische zorg, is dit vaak ingebed in breder georganiseerde zorgpaden, waarbij het streven om de zorg zoveel mogelijk in de thuissituatie te leveren meestal ook betrokkenheid van de bovenstaande partijen betekent (thuisbezoek/controle, POC-diagnostiek thuis, aanvullende thuismetingen). Telemonitoring is hierin immers ook te zien als een bijdragend 'middel'.

IN- EN EXCLUSIECRITERIA VOOR DE INZET VAN TELEMONITORING (M.B.T. DE AANDOENING EN INDIVIDUELE PATIËNT)

Als aan bovenstaande algemene criteria wordt voldaan kunnen de onderstaande algemene in- en exclusiecriteria worden gehanteerd om te beoordelen of de inzet van telemonitoring bij de (individuele) patiënt bijdragend is. Deze algemene in- en exclusiecriteria kunnen per patiëntengroep en per zorgpad, waarvoor telemonitoring in wordt gezet, verschillen. Hierover kunnen per instelling eventueel nog aanvullende afspraken gemaakt worden. Exclusiecriteria worden gehanteerd om telemonitoring niet in te gaan zetten bij een patiënt of om tussentijds te stoppen met de telemonitoring.

INCLUSIECRITERIA

De volgende inclusiecriteria worden gehanteerd om telemonitoring in te zetten bij een patiënt:

Op aandoening en zorgvraag niveau:

- Voor de betreffende aandoening is er sprake van een medisch-specialistische zorgvraag/indicatie voor controle van de patiënt, passend binnen de genoemde NZa-definitie en overige afbakeningscriteria.
- Er is sprake van een aandoening bij de patiënt, waarvoor het in het kader van het ziektebeloop het van belang is dat er bepaalde (fysiologische) parameters binnen bepaalde bandbreedtes en/of (afkap)waardes (kunnen blijven) vallen.
- De te monitoren gegevens zijn in elk geval van toepassing op de zorgvraag/indicatie waarvoor de telemonitoring wordt ingezet.
- Voor de betreffende (fase van de) aandoening en zorgvraag van de patiënt kan telemonitoring ingezet worden, en is een device beschikbaar dat de benodigde gegevens meet, en/of app en/of website via welke de gemeten parameter data beschikbaar en beoordeelbaar zijn voor de medisch-specialistische zorgverlener. En die (bij voorkeur) automatisch zijn ingeladen in het medisch dossier van de patiënt (al/niet via een eigen PGO of anderszins). Daarbij zijn zowel de (relevante) parameter data als de daarop gebaseerde acties/behandelingen (beknopt) vastgelegd en in te zien voor de patiënt en daarvoor geautoriseerde zorgverleners. Voor gegevensuitwisseling in het kader van telemonitoring met andere zorgverleners en/of andere zorginstellingen worden de toestemmingseisen gevolgd die voor algemene medische gegevensuitwisseling gelden.
- Ten aanzien van de metingen is een bandbreedte en/of zijn afkappunten opgesteld waarbinnen de waardes van deze patiënt zich zouden moeten bevinden en die ook bij de patiënt bekend zijn.

Op patiëntniveau:

- De telemonitoring vind plaats in de thuissituatie van de patiënt of een daaraan gelijk te stellen setting.
- De patiënt en/of diens mantelzorger zijn (digitaal) vaardig genoeg om de patiënt in de thuissituatie (of een daarmee vergelijkbare setting) te kunnen monitoren.
- De patiënt (of diens mantelzorger dan wel vertegenwoordiger) geeft toestemming (schriftelijke informed consent is hiervoor niet noodzakelijk) voor (het starten dan wel vervolgen van zijn ziektebeeld door middel van) de telemonitoring, wat vastgelegd wordt in het medisch dossier (epd).
- Daar waar nodig wordt door de zorgverlener samen met de patiënt de aanpak (van telemonitoring) geëvalueerd, besproken en zo nodig bijgesteld.

EXCLUSIECRITERIA

De volgende exclusiecriteria worden gehanteerd om telemonitoring niet in te gaan zetten bij een patiënt of om (tussentijds) te stoppen met de telemonitoring.

Op aandoening en zorgvraag niveau:

- Er is sprake van een (al dan niet chronisch) ziektebeeld waarvoor telemonitoring niet (afdoende) geschikt lijkt of waarvan de verwachting is dat dit niet leidt tot de geformuleerde doelstellingen van telemonitoring.
- Bij de voor telemonitoring in aanmerking komende patiënt is sprake van comorbiditeit die dermate van invloed kan zijn op de waardes die gemeten worden m.b.t. de telemonitoring, dat dit de beoordeling hiervan in het kader van het te monitoren ziektebeeld niet adequaat mogelijk maakt; dit is ter beoordeling van de medisch specialist.
- Uit de telemonitoring evaluatie blijkt dat de waardes van de patiënt niet goed (meer) te monitoren zijn, waardoor het huidige (telemonitoring) device/middel niet (meer) passend blijkt te zijn.
- Als het zorg betreft waarvoor geen medisch-specialistische zorgvraag/indicatie meer aanwezig is en/of zorg die volledig in de eerste lijn kan plaatsvinden, dan vervalt de indicatie voor telemonitoring (in de medisch-specialistische zorg).
- Uit evaluatie (in de gebruikte setting, met de gebruikte parameters en bij (de fase van) het betreffende ziektebeeld) blijkt dat de telemonitoring geen voordelen biedt en/of niet passend is (voor de aandoening en fase, in het zorgpad of voor de individuele patiënt).

Op patiëntniveau:

- De zorgverlener (die de poortfunctie uitoefent) en de patiënt besluiten na gezamenlijk overleg dat starten dan wel voortzetting van telemonitoring niet (meer afdoende) zinvol is.
- De therapietrouw en het zich houden aan gemaakte afspraken van de patiënt is onvoldoende om (voorzetting van) de telemonitoring (nog afdoende) zinvol te maken.
- De patiënt besluit niet (meer) aan telemonitoring te willen deelnemen.

KWALITEITS- EN RANDVOORWAARDEN M.B.T. TELEMONITORING**Validatie**

Te gebruiken telemonitoring devices dienen gevalideerd en CE-gemarkeerd te zijn en goed passend en functionerend voor het doel waarvoor ze gebruikt (gaan) worden. De (al dan niet mobiele) devices en overige telemonitoring middelen (programmatuur, technische infrastructuur) en uitvoeringsstructuur voldoen en blijven voldoen aan de gestelde eisen voor de uitvoering en continuïteit van de telemonitoring. Een inschatting van eventuele risico's van het gebruik van telemonitoring, inclusief de daarbij te gebruiken devices, apps en websites wordt gedaan met behulp van een prospectieve risico-inventarisatie (PRI). De raad van bestuur van de betreffende instelling en (het bestuur van) de medische staf zijn geïnformeerd en akkoord met de (voorgenomen) telemonitoring.

Voor het toetsen van een device, middelen en het nieuwe hybride zorgpad kan men gebruik maken van het ZN zorgtransformatiemodel (in ontwikkeling), maar dit moet nog verder worden uitgewerkt op basis van evaluatie-afspraken en evaluatiecriteria die hiervoor worden opgesteld met de betrokken partijen, zoals dit is beschreven in het IZA. Dit om te komen tot transparante uniforme werkwijze(n), een eenduidige aanpak bij implementatie en evaluatie en uitwisselbaarheid van lessons learned. Ook draagt het bij aan het overnemen van goede voorbeelden van elders.

BEHANDELPROTOCOL, DOSSIER(VOERING) EN VERSLAGLEGGING

Er zijn in het (behandel)protocol schriftelijke afspraken belegd over dossiervoering en verslaglegging, die ook in het (patiënten)dossier vastgelegd en terug te vinden zijn. Het is belangrijk om een aantal zaken goed vast te leggen in het dossier. Door vast te leggen wat er gedaan is, is herleidbaar welke activiteiten zijn uitgevoerd, of de behandeling doelmatig is ingezet en kan aangetoond worden dat de behandeling te verantwoorden is als telemonitoring. Het gebruik van telemonitoring dient vooraf goed ingericht te zijn in de systemen en gedurende het telemonitoringstraject in de patiëntendossiers. Daarbij is het van belang dat telemonitoringsystemen (bij voorkeur) m.b.t. data uitwisseling zoveel mogelijk geïntegreerd zijn in het epd van de zorginstelling, zodat hierbij niet in aparte 'systemen' hoeft te worden ingelogd en gewerkt. Zie hiervoor ook bijlage 1 'Organisatorische afspraken en vastlegging in medisch dossier'. Bijlage 2 biedt handvatten voor evaluatie m.b.t. kwaliteit en doelmatigheid bij telemonitoring.

HOOFDSTUK 4

Registratie en declaratie van telemonitoring

In dit hoofdstuk worden verschillende vormen van zorg en situaties beschreven waarbij telemonitoring gebruikt kan worden en hun relatie met registratie en declaratie. Hierbij geldt te allen tijde dat deze handreiking geen toetsingskader of wet- en regelgeving is, maar hier een nadere toelichting op geeft. Voor de van toepassing zijnde wet- en regelgeving wordt verwezen naar de geldende NZa-regelgeving. De NZa-regelgeving is altijd voorliggend.

In de nieuwe regelgeving geldig per 1 januari 2023, waarin telemonitoring als overig zorgproduct (OZP) add-on kan worden geregistreerd en gedeclareerd, wordt dit afgebakend tot de extramurale setting.

EXTRAMURALE SETTING

- Telemonitoring in een ambulante dbc-subtraject met essentiële declarabele zorgactiviteiten en telemonitoring. Hierbij wordt (ook) een dbc-zorgproduct afgeleid.
- Telemonitoring in een ambulante dbc-subtraject zonder essentiële declarabele zorgactiviteiten en telemonitoring. Hierbij wordt géén dbc-zorgproduct afgeleid.

Voor de registratie en declaratie van telemonitoring dient er voor een patiënt een zorgtraject te lopen. Vervolgens worden er achtereenvolgens subtrajecten (ZT21) geopend, waaraan de add-on telemonitoring wordt gekoppeld. Bij het ontbreken van een essentiële zorgactiviteit in het subtraject zelf, valt deze uiteindelijk uit en wordt er dus geen dbc gedeclareerd, maar kan de add-on overigens wel worden gedeclareerd. Na het sluiten van het subtraject (120 dagen), wordt weer een nieuw subtraject geopend.

De add-on telemonitoring kan maximaal één keer per 120 dagen geregistreerd worden. Bij de start van de telemonitoring begint het traject van 120 dagen. De add-on wordt geregistreerd op de dag (datum) waarop de eerste meting telemonitoring plaatsvindt. Deze datum wordt ook meegegeven met de declaratie. Na 120 dagen mag bij doorlopende telemonitoring opnieuw een add-on worden geregistreerd en gedeclareerd. Op die dag hoeft dus geen meting plaats te vinden: het gaat immers om de periode van 120 dagen waarbinnen een meting kan plaatsvinden. Als na een periode van 2 maal 120 dagen geen meting heeft plaatsgevonden, mag er geen add-on meer worden geregistreerd.

Daarbij is het mogelijk dat patiënten met meerdere chronische ziektebeelden bij verschillende specialismen ook meerdere extramurale telemonitoring trajecten hebben, als deze patiënten meerdere voor telemonitoring geschikte aandoeningen hebben. Deze telemonitoring trajecten kunnen naast elkaar geregistreerd en gedeclareerd worden, mits er voldaan wordt aan de regelgeving en het gaat om twee separate zorgvragen die elk een eigen ziektespecifiek telemonitoring traject behoeven en daarmee twee separate declaraties rechtvaardigen.

INTRAMURALE/VERBLIJF SETTING

Voor telemonitoring die ingezet wordt tijdens een verblijf, zijn er twee verschillende mogelijkheden. Er is sprake van een medische indicatie voor een verblijf bij een zorgaanbieder, of er is geen medische indicatie voor een verblijf bij een zorgaanbieder.

1. Met medische indicatie voor verblijf

Bijvoorbeeld verpleegdag, dagverpleging, observatie en klinische zorgdag in de thuissituatie en telemonitoring. Hier zijn twee situaties mogelijk:

Situatie 1: Telemonitoring is onderdeel van een verpleegdag of dagverpleging

In de definitie van de NZa is aangegeven dat het gaat om monitoring buiten de muren van de vestiging van de behandelend beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en die verantwoordelijk is voor de medisch-

specialistische indicatie voor telemonitoring. De monitoring tijdens verblijf in de kliniek is onderdeel van de verpleegdag, dagverpleging of observatie en kan dan niet apart gedeclareerd worden.

Situatie 2: Telemonitoring loopt door tijdens een opname

Het kan zijn dat de patiënt gedurende de periode dat een opname plaatsvindt ook 'op telemonitoring' in de thuissituatie staat. Dan is het logisch dat deze wel apart kan worden gedeclareerd, mits het daarbij om (extramurale) telemonitoring binnen de medisch-specialistische zorg met een medisch-specialistische indicatie gaat.

Zie hiervoor de Nadere Regel en het Wijzigingsbesluit. In de regelgeving voor 2023 is opgenomen:

'De zorgactiviteit wordt maximaal één keer per 120 dagen geregistreerd. Registratie van deze zorgactiviteit is slechts toegestaan, indien de toepassing van telemonitoring herleidbaar is uit het medisch dossier. Registratie van de zorgactiviteit telemonitoring vindt plaats zolang de patiënt gebruik maakt van telemonitoring. Ook wanneer er gedurende die 120 dagen tijdsintervallen zijn waarbinnen geen meting plaatsvindt, wordt de activiteit geregistreerd. Bij een onderbreking van telemonitoring vanwege een klinische opname – met verpleegdagen of een klinische zorgdag in de thuissituatie - korter dan 120 dagen, blijven de registratieregels met betrekking tot telemonitoring van toepassing.'

Als hieraan wordt voldaan, kan dus tijdens een klinische opname telemonitoring wel apart worden geregistreerd.

2. Zonder medische indicatie voor verblijf

Bijvoorbeeld verblijf gezonde moeder/zuigeling, vervallen ziekenhuis zonder indicatie WLZ, verkeerd bed met indicatie WLZ en Zotelovernachting & telemonitoring. Ook bij deze vormen van verblijf in een andere situatie dan thuis kan de telemonitoring als add-on OZP worden geregistreerd en gedeclareerd als de patiënt 'op telemonitoring' in de thuissituatie staat. Eventuele monitoring/bewaking in deze setting als zodanig, anders dan de telemonitoring thuisindicatie, maakt uiteraard geen onderdeel uit van telemonitoring en kan niet apart worden gedeclareerd.

ONDERBREKING VAN TELEMONITORING

Bij opname van de patiënt in het ziekenhuis kan de telemonitoring onderbroken worden als de (fysiologische) telemonitoring parameters dan al klinisch worden gemonitord. In geval van doorlopen van de telemonitoring tijdens opname bij het specialisme waarvoor de telemonitoring wordt uitgevoerd, kunnen de (fysiologische) parameters van de telemonitoring tijdens de opname klinisch worden uitgelezen.

Bij opname voor een ander specialisme dan waarvoor de telemonitoring wordt uitgevoerd, kan de telemonitoring in principe doorlopen. Tenzij de met telemonitoring gemonitorde (fysiologische) parameters die al klinisch worden gemonitord, en/of de toestand van patiënt dermate is dat de (meetwaarden van) de (fysiologische) parameters door het ziektebeeld van opname zodanig beïnvloed worden dat deze niet meer (afdoende) bruikbaar zijn voor het gestelde (telemonitoring) doel.

De NZa-regelgeving heeft in de Nadere Regel het volgende opgenomen over registratie tijdens een onderbreking van de telemonitoring:

'Bij een onderbreking van telemonitoring vanwege een klinische opname – met verpleegdagen of een klinische zorgdag in de thuissituatie – korter dan 120 dagen, blijven de registratieregels met betrekking tot telemonitoring van toepassing.'

Aanvullend is in de Nadere Regel de volgende bepaling opgenomen:

'De add-on overig telemonitoring (039133) wordt maximaal één keer per 120 dagen gedeclareerd. Declaratie van de add-on overig telemonitoring (039133) vindt plaats zolang de patiënt gebruik maakt van telemonitoring. Ook wanneer er gedurende die 120 dagen tijdsintervallen zijn waarbinnen geen meting plaatsvindt, wordt de prestatie gedeclareerd.'

Zolang de klinische opname korter dan 120 dagen duurt, blijft bij een onderbreking van de telemonitoring de regel doorlopen dat de zorgactiviteit telemonitoring 1 x per 120 dagen mag worden geregistreerd. Van te voren is het vaak niet duidelijk hoe lang een opname zal duren. De registratie kan worden verwijderd op het moment dat de opname langer duurt dan 120 dagen of definitief wordt beëindigd.

Op het moment dat er door de medisch-specialistische zorg telemonitoring plaats vindt terwijl de patiënt verblijft op een PAAZ/PUK, vindt er geen onderbreking van de telemonitoring plaats; deze wordt 1 x per 120 dagen geregistreerd. Op het moment dat er aan de voorwaarde van de zorgactiviteit telemonitoring wordt voldaan, kan deze ook geregistreerd worden tijdens een dagverpleging of langdurige observatie zonder overnachting. Op het moment dat de telemonitoring niet onderbroken wordt vanwege een klinische opname en aan de overige voorwaarden voor telemonitoring wordt voldaan, mag de telemonitoring 1 x per 120 dagen worden en naast de klinische opname worden geregistreerd. Op het moment dat er een onderbreking is van de telemonitoring korter dan 120 dagen gedurende een klinische opname mag de telemonitoring naast de dbc worden gedeclareerd. Op het moment dat er een onderbreking is van langer dan 120 dagen vanwege een klinische opname, mag de telemonitoring niet naast de dbc voor de opname worden geregistreerd.

DOORLOPENDE REGISTRATIE BIJ REGELMATIGE METINGEN VOOR TELEMONITORING

De registratie van de zorgactiviteit telemonitoring vindt plaats zolang de patiënt gebruik maakt van telemonitoring en dit herleidbaar is uit het medisch dossier. Ook wanneer er gedurende die 120 dagen tijdsintervallen zijn waarbinnen geen meting plaatsvindt, wordt de activiteit wél geregistreerd. Het is overigens niet de verwachting dat er bij een patiënt die gebruik maakt van telemonitoring, over deze periode van 120 dagen geen meting plaatsvindt. Als dat wel het geval is, dient een verantwoording hierover opgenomen te zijn in het medisch dossier van de patiënt.

De NZa beoogt met deze bepaling in de regelgeving dat telemonitoring geregistreerd kan worden en zo kan doorlopen op het moment dat er geen meting heeft plaatsgevonden binnen een periode van 120 dagen. De reden hiervoor is dat met 3 maal registratie van de zorgactiviteit per jaar uit het maximum tarief de gemiddelde onderzochte kosten van telemonitoring gedekt kunnen worden. Dit betekent dat als er bij iemand 2 meetmomenten per jaar zijn, en uit het medisch dossier blijkt dat gedurende een jaar de telemonitoring door loopt, dat er sprake is van 3 x registratie van telemonitoring per jaar.

Hier worden wel twee voorwaarden aan gesteld: ten eerste dat uit het medisch dossier blijkt dat de patiënt gebruik maakt van telemonitoring en ten tweede dat er sprake is van meerdere meetmomenten per jaar. Hiermee wordt voorkomen dat instellingen jarenlang registreren zonder een meting uit te voeren. Ook bij een eventuele beëindiging van telemonitoring wordt dit vastgelegd in het medisch dossier met de einddatum ervan.

HOOFDSTUK 5

Kostenprofiel en kostprijsonderzoek telemonitoring

In hoofdstuk 3 van het document Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ23b van de NZa wordt een onderbouwing gegeven hoe het tarief voor de prestatie telemonitoring (add-on overig) tot stand is gekomen

Zie het document Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ23b via [Dbc-pakket 2023 RZ23b - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#). Download direct: https://puc.overheid.nl/PUC/Handlers/DownloadDocument.ashx?identificer=PUC_721957_22&versienummer=1

Het is mogelijk dat bij gecombineerd gebruik van de telemonitoring-faciliteiten en -middelen de kosten daarvan per telemonitoringtraject lager kunnen zijn. Dat geldt ook bij opschaling van telemonitoringtrajecten op zich, waarbij de kosten per telemonitoringtraject lager zijn geworden.

Voorts is het in de (nabije) toekomst zeker denkbaar dat devices, apps, sensoren, etc. voor telemonitoring in staat zijn meerdere ziektebeelden tegelijk te monitoren, waardoor de gemiddelde kosten van telemonitoring (per traject) eveneens kunnen dalen.

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen (bijvoorbeeld op basis van bovengenoemde zaken) een lager tarief overeen komen dan het NZa max tarief, maar het is ook mogelijk dat er gebruik gemaakt wordt van het max tarief als daarover contractueel afspraken gemaakt worden.

Al deze ontwikkelingen zullen gemonitord worden om de kosten van telemonitoring en het tarief daarvoor in balans te krijgen en houden. Bij de beoordeling van deze balans worden ook andere evaluatie indicatoren meegenomen, zoals (ervaren) kwaliteit van zorg en doelmatigheid. Hieronder valt de reductie van kosten in het verloop van de ziektebeelden, zoals vermindering van consulten, seh-bezoeken en -opnames. Zie hiervoor bijlage 2 over evaluatiecriteria en handvatten m.b.t. kwaliteit en doelmatigheid.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Organisatorische afspraken en vastlegging in medisch dossier

Er zijn diverse, organisatorische en overige, afspraken en randvoorwaarden van belang waaraan voldaan zal moeten worden om telemonitoring passend, adequaat en veilig toe te kunnen passen. Deze zijn (grotendeels) terug te vinden in de toetsingskaders van IGJ^{11 12} gestelde doel(en) van de telemonitoring (zie ook bijlage 3).

Daarnaast is het van belang om bij het lokaal/regionaal (gaan) opzetten en implementeren van telemonitoring in het zorgpad de lokale/regionale huisartsen(organisaties), VVT-organisaties en patiëntenorganisaties/vertegenwoordigers (en eventueel ook gemeentelijke instanties) te informeren en zo nodig te betrekken. Hoewel het hier gaat om telemonitoring in de medisch-specialistische zorg, is dit vaak ingebed in breder georganiseerde zorgpaden, waarbij het streven om de zorg zoveel mogelijk in de thuissituatie te leveren meestal ook betrokkenheid van de bovenstaande partijen betekend (thuisbezoek/controler, POC diagnostiek thuis, aanvullende thuismetingen). Telemonitoring is hierin immers ook te zien als een bijdragend 'middel'.

In het algemeen dienen de onderstaande zaken intern binnen de zorginstelling te zijn geregeld en afgesproken:

- opzet van het gewijzigde zorgpad met telemonitoring en de organisatie daaromtrent;
- bepaling van de te monitoren (fysiologische) parameters en hun bandbreedte / afkapwaarden;
- samenwerkingsafspraken;
- uitvoering en dossiervoering;
- taken/bevoegdheden/verantwoordelijkheden en rollen (aanspreekpunt, coördinatie, behandelaar, eindverantwoordelijke) van de betrokkenen en zorgverleners;
- kwaliteitseisen, inclusief de organisatie van de (voorgenomen) telemonitoring. Daarin dient ook opgenomen te zijn of de verzameling en/of (voor)beoordeling van de data geheel of gedeeltelijk binnen of buiten de eigen zorginstelling wordt gedaan of bijvoorbeeld gezamenlijk met meerdere zorginstellingen centraal, en al dan niet via een datacenter ofwel 'medisch service center'.
- opstellen van een financiële businesscase en wijze waarop de evaluatie wordt vormgegeven (zie verder bijlage 2 over evaluatie m.b.t. telemonitoring).

SPECIFIEKE AFSPRAKEN EN DOSSIERVERVOERING

Specifiek is een aantal eisen te stellen aan schriftelijk vast te leggen afspraken en dossiervoering, zoals ook in het genoemde toetsingskader van IGJ staan vermeld. Door vast te leggen wat er gedaan is, is herleidbaar welke activiteiten zijn uitgevoerd, of de behandeling doelmatig is ingezet, en kan aangetoond worden dat de behandeling te verantwoorden is als telemonitoring. Onder andere dienen de volgende specifieke zaken schriftelijk vastgelegd te worden dan wel in het dossier vermeld zijn:

- Een behandelplan, samen met de patiënt opgesteld.
- Toestemming van de patiënt (of diens mantelzorger of vertegenwoordiger) voor (het starten dan wel vervolgen van zijn ziektebeeld middels) telemonitoring. Schriftelijke informed consent is hiervoor niet noodzakelijk.
- Een notitie waaruit blijkt dat de zorg verleend kan worden in de thuissituatie van de patiënt of daarmee vergelijkbare setting. Als setting kan ook sprake zijn van een al dan niet tijdelijke opname in een verpleegtehuis.
- De (voorgenomen) periode gedurende welke de telemonitoring plaats vindt. De periode van telemonitoring moet uit het systeem zijn af te leiden en in het dossier vastliggen. Uit het systeem en/of uit het dossier moet duidelijk worden dat er sprake is van (tele)monitoring waarbij er meerdere meetmomenten hebben plaatsgevonden.

11 <https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2021/11/16/toetsingskader-telemonitoring-volwassenen-thuis>

12 <https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2019/10/18/toetsingskader-inzet-van-e-health-door-zorgaanbieders>

- Indien sprake is van een onderbreking van telemonitoring in verband met een klinische opname, wordt dit genoteerd.
- Het beleid m.b.t. (het zorgpad met) telemonitoring en t.a.v. de patiënt moet helder zijn.
- De zorgprofessional die de vastgestelde (ingestuurde of automatisch gegenereerde data) beoordeelt en in welke frequentie.
- De terzake deskundige zorgprofessional die beschikbaar is (op werkdagen dan wel 24/7) voor het beoordelen van de data.
- De dossievoering moet volledig en duidelijk zijn en tevens helder wie daar verantwoordelijk voor is.
- Degene die de behandelaar is en welke zorgprofessionals verder betrokken zijn bij de telemonitoring.
- De privacy-aspecten m.b.t. (het zorgpad met) telemonitoring conform de eisen die daarvoor gelden, zoals ook m.b.t. het epd.
- De te gebruiken apparatuur: welk device gebruikt wordt en/of welke app(s) en/of welke website(s) met betrekking tot de telemonitoring.
- De locatie waar, evt. afhankelijk van device/app/website, de (meet)gegevens binnen- en terechtkomen. Dit kan een aparte al/niet externe website en/of computer en/of in de cloud zijn. Hierbij moet ook genoteerd worden de evt. toegang die de arts of andere zorgverlener dan daarvoor nodig heeft en de (al/niet automatische) koppeling met het medisch dossier van patiënt. Tenslotte dient genoteerd te worden welke (informatie)beveiliging (NEN7510) op de aangeleverde data van toepassing is.
- Bij voorkeur zo volledig mogelijke integratie van telemonitoringsystemen in het epd van de zorginstelling m.b.t. data-uitwisseling, zodat hierbij niet in aparte 'systemen' hoeft te worden ingelogd en gewerkt.
- De verantwoordelijke partij en persoon voor het aanleveren en onderhoud van de te gebruiken hardware (apparatuur/device) en software.
- De contactpersoon en de beschikbare contactmomenten voor de patiënt (en of diens vertegenwoordiger) bij vragen m.b.t. de telemonitoring.
- Eventueel de tweefactorauthenticatie indien van toepassing. Hier kan sprake van zijn in het geval van inloggen door de patiënt in apps en/of websites. Al deze afspraken worden actief met patiënt besproken door de verantwoordelijke (regie) zorgverlener.

VOORLICHTINGSMATERIAAL

Er is goed en duidelijk (schriftelijk en/of digitaal) voorlichtingsmateriaal beschikbaar over de betreffende telemonitoring vorm, incl. doel, verwachtingen, inclusie- en exclusiecriteria, voorgenomen duur en (algemene en financiële) consequenties voor de patiënt en zorgverlening alsmede de praktische uitvoering en het (technisch) gebruik van de telemonitoringmiddelen. Daaronder valt ook informatie betreffende een duidelijk aanspreekpunt voor de patiënt bij medisch inhoudelijke vragen, voor algemene vragen dan wel technische problemen en duidelijkheid over wie de behandelaar is.

OVERLEG EN EVALUATIE MET DE PATIËNT

De zorgverlener die de poortfunctie uitoefent dan wel de regievoerende zorgverlener die de voorgenomen telemonitoring met patiënt bespreekt, vergewist zich ervan dat de bovengenoemde schriftelijke en/of digitale informatie goed door de patiënt begrepen is, de voorgenomen telemonitoring (ook) de wens van de patiënt is en deze en/of diens mantelzorger hiervoor afdoende (digitaal) vaardig en toegerust is. Dit wordt ook gedurende het telemonitoringtraject regelmatig geëvalueerd. Samen met de patiënt wordt gekeken of de medisch-specialistische zorgvraag/indicatie voor controle op zich en telemonitoring in het bijzonder nog aanwezig is, de criteria (zie eerder) daarvoor nog passend zijn, de gestelde doelen daarmee gehaald worden, de telemonitoring nog afdoende zinvol lijkt en/of dit nog strookt met de wens van de patiënt.

EVALUATIE INTERN

Binnen de vakgroep van het specialisme dat de telemonitoring uitvoert, wordt de inzet van telemonitoring periodiek geëvalueerd in vakgroepbesprekingen, evenals in contacten met leveranciers en op basis van onderzoeken bij patiënten. Hiervoor worden bij voorkeur toetsbare criteria opgesteld en een PDCA-cyclus. Facultatief: de bij telemonitoring betrokken zorgverleners van de zorginstelling organiseren (periodiek) een patiëntenervaringsdag.

BIJLAGE 2

Handvatten m.b.t. evaluatie kwaliteit en doelmatigheid bij telemonitoring

Het is van belang om bij (de introductie van) nieuwe zorgvormen, zoals bijvoorbeeld bij het implementeren van telemonitoring in de medisch-specialistische zorg, ook na te denken over evaluatie hiervan, om te kunnen beoordelen of hiermee een positieve bijdrage aan passende zorg voor de patiënt, zorgverlener en/of maatschappij wordt geleverd en of hiermee de (eventueel) gestelde doelen en gewenste veranderingen zijn bereikt. Dit kan bijvoorbeeld o.b.v. kwaliteits- en/of doelmatigheidsmetingen. Daarmee kan de waarde van nieuwe zorgvormen zoals telemonitoring worden geëvalueerd. Voor het bepalen van deze waarde van het getransformeerde hybride zorgpad wordt er gekeken naar passend bewijs t.a.v.:

- Medische kwaliteit
- Toegankelijkheid
- Betaalbaarheid /doelmatigheid
- Duurzaamheid

HOE TE EVALUEREN

Deze evaluatie wordt gedaan volgens de afspraken over evaluatie (van digitale zorg) in het IZA, waarbij gebruik kan worden gemaakt van het in ontwikkeling zijnde ZN transformatiemodel en de onderbouwing via het waardemodel binnen het zorgtransformatiemodel. Afspraken over de wijze waarop de evaluatie plaats gaat vinden, moet nader afgestemd worden met de betrokken branchepartijen. Het is daarbij van belang om rekening te houden met administratieve lasten die registraties voor evaluaties met zich mee (kunnen) brengen. Hiervoor is de insteek dat zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande registraties. Voorts is belangrijk om te beoordelen en te besluiten of evaluaties van nieuwe zorgvormen op landelijk niveau moeten worden opgezet en uitgevoerd of juist op lokaal of regionaal niveau. Hiertoe kunnen voor telemonitoring een aantal KPI's landelijk vastgesteld worden om er voor te zorgen dat evaluaties van telemonitoring meer eenduidig worden ingericht waardoor validatie versneld kan worden. Voorts is op te merken dat het niet afdoende is om eenmalige evaluatie metingen te doen, maar dat het opzetten van een PDCA-cyclus waarin deze evaluaties zijn geïmplementeerd belangrijk is. Tenslotte is het van belang om goed te kijken naar het juridisch kader en privacy (AVG) aspecten, vooral bij het verzamelen van patiënt-gerelateerde parameters, wat immers wel moet mogen en kunnen.

Er zijn diverse opties tot het onderzoeken van kwaliteit van zorg, waaronder randomisatie op patiëntniveau, clusterrandomisatie, stepped wedge design, vergelijking in de tijd vóór en na implementatie. De vergelijking in de tijd vóór (met 'nulmeting' of historische data) en na implementatie (resultaatmetingen) is een veel gebruikte vorm van evaluatie. Ook middels zorgevaluatie onderzoek of bijvoorbeeld bestaande kwaliteitsregistraties kan gekeken worden naar de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan volgens het principe van Value Based Health Care (VBHC)^{13 14 15} kwaliteit van zorg in relatie tot de kosten gemeten worden. Dit is een breed concept, wat gaat over een balans tussen uitkomsten en kosten en waarbinnen een veelheid van principes voor andere inrichting van organisatie van zorg worden voorgesteld. Hierbij wordt de 'waarde' van zorg voor de patiënt uitgedrukt als het quotiënt van patiënt relevante uitkomsten t.o.v. de daarbij gemaakte kosten:

13 <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/Pages/default.aspx>

14 <https://www.vbhc.nl/>

15 <https://www.vintura.com/nl/value-based-healthcare/michael-porter/>

Patiënt waarde = patiënt relevante uitkomsten / kosten per patiënt om deze uitkomsten te behalen

De ICHOM organisatie¹⁶ is voor de implementatie van deze VBHC-principes bezig met het samenstellen en publiceren van 'Patiënt-Centered Outcome Measures Sets' voor de diverse ziektebeelden en middels benchmarking (Global Benchmarking Platform) probeert men via vergelijk meer objectieve data te vergaren, die echter door vergelijk middels benchmarking een relatieve waarde hebben. Veel ICHOM sets zijn echter nog niet in de praktijk getoetst (zeker wat betreft Nederland), waardoor de toepasbaarheid daarvan (hier) dus nog niet is aangetoond. Door het ontbreken van deze praktijk toetsing in Nederland lijkt het gebruik van VBHC metingen of ICHOM-datasets voor evaluatie van nieuwe zorgvormen zoals telemonitoring vooralsnog niet goed toepasbaar.

Een ander onderdeel m.b.t. evaluatie van zorg, wat deels overlap kan hebben met bepaling van kwaliteit van zorg, is het meten van doelmatigheid van zorg, wat op verschillende manieren kan. Dit wordt verderop in deze bijlage nader besproken.

MEETINSTRUMENTEN

Gebruikte 'meetinstrumenten' bij het meten van kwaliteit van zorg (en deels ook bij het bepalen van doelmatigheid) zijn o.a.:

- Patiëntgebonden kwaliteit van leven (PROMs¹⁷) via vragenlijsten, zoals Quality of Life (QoL) enquêtes. PROM = patiënt-reported outcome measure. Een vragenlijst die PRO(s) meet, is een vragenlijst waarbij de patiënt door het beantwoorden van de vraag/vragenlijst zelf een oordeel geeft over zijn of haar gezondheid. Een PROM kan specifiek ontwikkeld zijn om de gevolgen van een bepaalde aandoening te meten (ziekte-specifiek) of algemeen toepasbaar zijn ongeacht de aandoening (generiek). Dit gaat om een subjectieve beoordeling van kwaliteit van leven, maar daarvoor zijn wel gevalideerde QoL vragenlijsten beschikbaar. Vragen over het (meer) hebben van ziekte inzicht en eigen regie m.b.t. het ziektebeeld kunnen hierin meegenomen worden.
- Patiëntgebonden ervaren kwaliteit van zorg (PREMs). PREM = patiënt-reported experience measure. Dit is een vragenlijst die meet hoe de patiënt de gezondheidszorg ervaart, bijvoorbeeld hoe de communicatie met de zorgverlener verloopt. Ook PREMs zijn subjectieve uitkomstmaten.
- Patiënttevredenheidsonderzoek (PTO). Hiermee is tevredenheid van de patiënt op diverse onderdelen te meten, zoals over de ervaren geleverde zorg, de individuele zorgverlener of de polikliniek dan wel verpleegafdeling als geheel tot en met tevredenheid over voorzieningen, voeding, etc. De onderdelen van een PTO kunnen (veel) overlap hebben met die van een PREM.
- Klinische uitkomsten, zoals overleving, complicaties, re-interventies, opnames etc. Dit zijn hardere c.q. objectievere uitkomstmaten, waarbij het wel van belang is dat de patiëntenpopulatie waarin deze parameters worden gemeten bij het evalueren van nieuwe zorgvormen door vergelijk voor en na implementatie daarvan wel vergelijkbaar blijft ten aanzien van de 'basisvariabelen' en er in de tijd geen specifieke (veranderingen in de) 'patiënten selectie' hebben plaatsgevonden.
- Procesindicatoren, zoals toegangstijden/toegankelijkheid, doorlooptijden, guideline adherence, metingen m.b.t. samenwerking en overlegvormen, het aanwezig zijn en continu doorlopen van een PDCA cyclus, etc. Ook dit zijn (deels) hardere c.q. meer objectieve maten. Ook hier geldt dat vergelijk voor en na implementatie van een nieuwe zorgvorm alleen lukt m.b.t. te vergelijken patiënten populaties.
- Zorgverlener vragenlijsten m.b.t. ervaren kwaliteit van zorg en tevredenheid daarover, met o.a. ja/nee vragen en vragen die een in te vullen getal op een schaal van X tot Y inhouden.
- In sommige situaties kunnen complicatie-registraties/metingen iets zeggen over kwaliteit van zorg, mits de onderzochte patiëntengroep afdoende vergelijkbaar is. Daarvoor dienen dus relevante patiëntkarakteristieken bekend te zijn, zodat daarvoor zondig gecorrigeerd kan worden.

16 <https://www.ichom.org/>

17 <https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/prom-toolbox-prom-wijzer-en-prom-cyclus>

Verder is het bepalen van effectiviteit/efficiëntie en/of doelmatigheid van belang voor evaluatie van (nieuwe) zorgvormen, wat voor diverse onderdelen daarvan kan: organisatorisch, tijdsbesparing, eigen regie en inzicht van patiënt, afname van zorg- en/of financiële parameters. Daarbij kunnen parameters die gebruikt worden voor het meten van kwaliteit van zorg soms ook gebruikt worden voor het meten van doelmatigheid van de zorg.

Bij innovatietrajecten en onderzoeken worden benodigde parameters m.b.t. kwaliteit van zorg, effectiviteit, efficiëntie/doelmatigheid vaak vastgelegd in een aparte 'registry' (specifiek opgezette registratie database), waarbij het van belang is dat deze gegevens rechtstreeks uit het epd ingeladen (kunnen) worden. Bij (her)start van een telemonitoring traject zou het uitgangspunt dienen te zijn dat dataportabiliteit en databeschikbaarheid als leidende principes worden gehanteerd.

Bij ketenbrede c.q. netwerkvormen van zorg is het van belang dat de metingen t.a.v. kwaliteit en effectiviteit/doelmatigheid van zorg in de hele keten (over de lijnen heen) gedaan worden. Dat levert extra uitdagingen op, omdat de gegevens/parameters omtrent de patiënt daarbij in verschillende (elektronische) dossiers worden vastgelegd, zoals een ZH epd (ZIS), huisarts epd (HIS), thuiszorg epd, etc. Om (extra) administratieve lasten te vermijden is het nodig om (breed) gebruik te kunnen maken van de informatie die al standaard in de genoemde epd's wordt vastgelegd, die informatie daar 'automatisch' uit te kunnen halen, in daarvoor geëigende samenhangende en zinvolle overzichten voor vergelijking te zetten en op die wijze te kunnen evalueren. Deze werkwijze is nog niet standaard mogelijk. In dit kader is het van belang om naast epd's het gebruik van andere databronnen te benoemen, die eveneens bruikbaar kunnen zijn voor evaluatie van (nieuwe) zorg(vormen). Naast aandoening-specifieke data registraties (zoals DICA¹⁸, LROI¹⁹, NHR²⁰) zijn er ook diverse meer algemene (patiëntgebonden) gegevens beschikbaar in de Vektis²¹, DHD²², CBS²³ (en eventueel NIVEL²⁴) data. Hierbij is het wenselijk om de huidige ontwikkelingen rond de WEGIZ en EHDS mee te nemen in de databeschikbaarheids-afwegingen en leverancierskeuze. De federatieve datamodellen die o.a. door Health-RI en ZN worden nagestreefd dienen daarbij als onderlegger ingezet te worden.

Het opzetten van evaluatie metingen van kwaliteit van zorg vergt goed overleg vooraf met de betrokken partijen en brengt verschillende eisen en randvoorwaarden met zich mee. Dit zal besproken moeten worden met vertegenwoordigers van de betrokken zorgverleners, zorginstelling(en), patiënten vertegenwoordiger(s) en, indien van toepassing, met de betrokken zorgverzekeraar(s). Het is belangrijk om hierover na te denken bij het begin van het opzetten van nieuwe zorgvormen en dit met de (gemandateerde) betrokken partijen op schrift te stellen. Als hiervoor genoemd, is het bij alle vergelijkende metingen (in de tijd) die gedaan worden, wel van belang dat de patiëntenpopulatie waarin deze parameters worden gemeten bij het evalueren van nieuwe zorgvormen door vergelijk voor en na implementatie daarvan wel vergelijkbaar blijft ten aanzien van de 'basisvariabelen' en er in de tijd geen specifieke (veranderingen in de) 'patiënten selecties' hebben plaatsgevonden, tenzij die daarvoor m.b.t. statistische technieken 'gecorrigeerd' kan worden. Bepaalde parameters die gebruikt worden in de evaluatie van zorg zijn niet enkel bruikbaar voor (gepercipieerde) kwaliteit van zorg óf doelmatigheid, maar overlappen daarin en kunnen dus bij beide van deze evaluatie onderdelen bruikbaar zijn.

HANDVATTEN M.B.T. EVALUATIE VAN EFFICIËNTIE/DOELMATIGHEID PARAMETERS

Het is evenzeer van belang om efficiëntie/doelmatigheid na implementatie van nieuwe zorgvormen te bepalen. Het kan

18 DICA = Dutch Institute for Clinical Auditing - <https://dica.nl/>

19 LROI = Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten - <https://www.lroi.nl/>

20 NHR = Nederlandse Hart Registratie - <https://nederlandsehartregistratie.nl/>

21 Vektis - <https://www.vektis.nl/>

22 DHD = Dutch Hospital Data – <https://www.dhd.nl/Paginas/home.aspx>

23 CBS = Centraal Bureau voor de Statistiek - <https://www.cbs.nl/>

24 NIVEL = Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg - <https://www.nivel.nl/nl>

hierbij gaan om:

- Organisatorische efficiëntie/doelmatigheid: hierbij gaat het om de wijze waarop de zorg en logistiek daarvan georganiseerd is, of dit efficiënt is en in de diverse onderdelen ervan goed afgestemd. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een kortere doorlooptijd (per patiënt en/of in totaal) van een zorgpad met diagnostiek en/of behandeling dan wel gebruik van minder personeel (en tijd daarvan) middels de nieuwe zorgvorm.
- Patiëntgerelateerde efficiëntie/doelmatigheid: hierbij gaat het om zaken die voor of vanuit de patiënt zelf voordelen biedt en leidt tot minder tijd en kosten. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld afname van (gemiddelde) reis- en verblijftijd van patiënten en/of meer eigen regie en ziekteinzicht bij patiënten met daardoor minder consultaties van zorgverleners middels de nieuwe zorgvorm.
- Zorgparameter- en/of financiële efficiëntie/doelmatigheid: hierbij gaat het om minder gebruik van zorg, te meten aan zorgparameters (polikliniek, diagnostiek en behandeling zorgactiviteiten) en de financiële vertaling daarvan. Hierbij kan de nieuwe zorgvorm bijvoorbeeld leiden tot afname van of kortere zorgverlener consulten, afname van seh-bezoeken en/of (acute) -opnames, minder diagnostiek, kortere behandeling, etc. en het door de nieuwe zorgvorm beter en langer stabiel blijven van een patiënt en diens ziektebeeld. Dit kan omgezet worden in financiële efficiëntie/doelmatigheid m.b.v. bijvoorbeeld besparingen, te bepalen o.b.v. totale kosten vóór implementatie van de nieuwe zorgvorm minus de totale kosten sinds de implementatie daarvan (Daarbij moeten ook meegenomen worden de extra kostenposten die samenhangen met het opzetten en implementeren van de nieuwe zorgvorm, zoals projectkosten, kapitaalkosten, frictiekosten, transitiekosten en kosten van flankerend beleid c.q. kosten van alsnog doorverwijzing en kosten van 'aanzuigende werking'). Dit wordt vaak opgezet in een businesscase, waarvoor het aan te bevelen is om specifieke expertise in te schakelen, die veelal wel aanwezig is bij zorgverzekeraars en/of in zorginstellingen.

Er kan in de bovengenoemde onderdelen onderscheid gemaakt worden in directe zorgkosten (die uit LBZ en andere bronnen zijn te halen) en indirecte kosten (reiskosten, tijd etc., die een stuk lastiger zijn om te meten en verzamelen). Het is echter vaak niet goed mogelijk om een landelijke blauwdruk voor evaluaties van (nieuwe) zorgvormen en -trajecten (zoals voor telemonitoring) vast te stellen, aangezien dit deels ook samenhangt met de (landelijke dan wel lokale/regionale) opzet van het zorgtraject (en zorgpad), de beschikbare infrastructuur en kennis m.b.t. het meten van parameters, de patiëntenpopulatie waarin gemeten wordt en evt. veranderingen daarin in de tijd, de schaalgrootte, etc. Het is vaak hooguit mogelijk om hiervoor algemene handvatten (per type zorgvorm) te geven en daarbij mee te geven welke zaken van belang zijn voor een landelijk overzicht en beoordeling van nieuwe zorgvormen. Bij een landelijk uitgewerkte zorgvorm als telemonitoring is laatstgenoemde zeker van belang.

Het is van belang dat, in gezamenlijkheid met de participerende partijen (zorgaanbieder, leverancier en verzekeraar) per (lokaal/regionaal) project, besproken wordt welke KPI's gebruikt gaan worden voor de evaluatie, hoe deze gewogen worden en wie welke data kan aanleveren.

BIJLAGE 3

Toetsingscriteria IGJ

Thema: persoonsgerichte zorg

- 1.1.1 De zorgaanbieder heeft duidelijke in- en exclusiecriteria voor patiënten opgesteld voor de toepassing van telemonitoring. Deskundigheid, vaardigheid en motivatie voor het uitvoeren van telemonitoring zijn hier in ieder geval onderdeel van.
- 1.1.2 De zorgaanbieder heeft er aantoonbaar voor gezorgd dat een zorgverlener voorafgaand aan de behandeling/telemonitoring een intakegesprek heeft gevoerd met de patiënt. Hierbij wordt in ieder geval het volgende besproken:
 - Het vaststellen van de zorgbehoefte;
 - Het opstellen van een behandel/zorgplan dat daarbij aansluit;
 - Vaststellen of telemonitoring een optie is gelet op de in- en exclusiecriteria;
 - Het informeren van de patiënt over het zorgproces.
- 1.1.3 De zorgaanbieder stelt bandbreedtes van fysiologische parameters (zo nodig per individuele patiënt) vast.
- 1.2.1 De regiebehandelaar zorgt dat de patiënt zodanig wordt geïnformeerd dat deze een afgewogen keuze kan maken over de deelname aan telemonitoring.
- 1.2.2 De regiebehandelaar gaat na of de patiënt nadrukkelijk instemt met het behandelplan (informed consent) en legt dit vast.
- 1.3.1 De regiebehandelaar zorgt dat voor de patiënt te allen tijde duidelijk is:
 - Wie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid draagt.
 - Wie belast is met de coördinatie van de zorg.
 - Wie het aanspreekpunt is bij vragen.
- 1.4.1 De zorgaanbieder evalueert na intake en daarna met verantwoorde regelmaat of patiënten de instructies voor telemonitoring voldoende begrijpen en opvolgen.

Thema: management van de organisatie

- 2.1.1 De zorgaanbieder heeft een protocol voor telemonitoring, waarin zijn opgenomen:
 - de doelen van de telemonitoring;
 - de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van betrokkenen;
 - de kwaliteitseisen voor de processen;
 - de vaardigheden van de zorgverleners.
- 2.2.1 De zorgaanbieder heeft aantoonbaar duidelijke afspraken met andere betrokken zorgaanbieders over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden voor de zorgverlening.
- 2.2.2 De zorgaanbieder kan aantonen dat waar nodig voor de zorgverlening overleg en/of evaluatie plaatsvindt met de andere betrokken zorgaanbieders.
- 2.3.1 De zorgaanbieder evalueert het proces en de uitkomsten van telemonitoring in relatie tot de gestelde doelen.
- 2.3.2 De zorgaanbieder past de werkwijze aan als de kwaliteitsdoelen niet worden gehaald.

Thema: vastleggen en uitwisselen van informatie

- 3.1.1 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de patiënt de voor de telemonitoring vereiste gegevens op correcte en betrouwbare wijze kan meten, invoeren en doorgeven aan de bij de behandeling betrokken zorgverleners.
- 3.1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de benodigde gegevens voor de bij de behandeling betrokken zorgverleners voldoende toegankelijk zijn (en indien nodig beschikbaar in het EPD).
- 3.2.1 Bij behandeling door meerdere zorgverleners/zorgaanbieders is er een gezamenlijk behandelplan.
- 3.2.2 Bij behandeling door meerdere zorgverleners /zorgaanbieders is er een geïntegreerd patiëntendossier dat door alle betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld, of - indien dit er niet is – beschikken tenminste alle betrokken zorgverleners/zorgaanbieders over de voor hen relevante informatie uit het dossier.
- 3.3.1 De patiënt kan het dossier (ook elektronisch) inzien en kan een (elektronisch) afschrift hiervan krijgen.

3.3.2 De zorgaanbieder vraagt de patiënt om toestemming voor uitwisseling van gegevens indien dit vereist is.

3.3.3 De zorgverleners informeren de patiënt over de informatie die zij uitwisselen met andere zorgverleners.

Thema: veiligheid

4.1.1 De raad van bestuur en het stafbestuur zijn op de hoogte van de telemonitoring en hebben toestemming gegeven.

4.1.2 De zorgaanbieder voert een passende prospectieve risicoinventarisatie uit en gaat na op welke wijze de risico's zo veel als mogelijk kunnen worden verminderd of uitgebannen.

4.1.3 De zorgaanbieder stelt vast dat de zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, bijvoorbeeld door verplichte trainingen.

4.2.1 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat apparatuur, programmatuur en technische infrastructuur voldoen en blijven voldoen aan de eisen die nodig zijn voor het uitvoeren van de telemonitoring.

4.2.2 De zorgaanbieder hanteert procedures om de continuïteit van telemonitoring te waarborgen.

4.3.1 De zorgaanbieder zorgt voor voldoende maatregelen op het gebied van informatiebeveiliging in lijn met NEN 7510. Dit betekent tenminste dat:

- de zorgaanbieder 2-factor authenticatie toepast voor de applicaties die bij telemonitoring gebruikt worden;
- de zorgaanbieder zorgt voor passende autorisaties;
- de zorgaanbieder zorgt voor controle van auditlogs;
- de zorgaanbieder zorgt voor passende bescherming van informatie in elektronische berichten;
- de zorgaanbieder voorkomt dat technische kwetsbaarheden benut kunnen worden;
- de zorgaanbieder een protocol heeft voor mobiele apparatuur;
- de beveiligingsmaatregelen rondom telemonitoring onderdeel zijn van audits.