

Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.  
De gegevens mogen gebruikt worden met bronvermelding.

## **Monitor Zorg op afstand**

**Verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009**

Dr. J.M. Peeters  
Dr. A.L. Francke



ISBN 978-90-6905-965-5

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1 Achtergrond	13
1.2 Doel van de monitor	14
1.3 Eerdere peilingen	14
1.4 Onderzoeksvragen	15
1.5 Indeling van het rapport	15
<b>2 Methode</b>	<b>17</b>
2.1 Onderzoekspersonen	17
2.2 Schriftelijke vragenlijst, registratieformulier en topiclijst	17
2.3 Analysemethode	18
2.4 Deelnemers monitor Zorg op afstand	18
<b>3 Functioneren van Zorg op afstand</b>	<b>21</b>
3.1 Situatie op het moment van onderzoek	21
3.2 Beoogde effecten	24
3.3 Bekendheid geven aan videocommunicatie en telebegeleiding	25
<b>4 Organisatie van Zorg op afstand</b>	<b>27</b>
4.1 Inrichting van de zorgcentrale	27
4.2 Aanbod van diensten, producten en Zorg op afstand	28
4.2.1 Arrangementen met Zorg op afstand voor specifieke groepen cliënten	31
4.2.2 Geleverde fysieke zorg en screen to screen zorg	32
4.3 Samenwerking met andere partijen	35
4.4 Implementatie van Zorg op afstand	36
4.5 Vergelijking met eerdere peilingen	37
<b>5 Verbreding en verdieping</b>	<b>41</b>
5.1 Verbreding naar arrangementen binnen een woonservice gemeente	41
5.2 Verdieping van arrangementen voor specifieke groepen cliënten	44
5.3 Internetplatform door PAL4	46
<b>6 Beschouwing</b>	<b>49</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage 1: Vragenlijst Zorg op afstand</b>	<b>57</b>



## Voorwoord

Dit rapport beschrijft de peiling eind 2008/begin 2009 van de monitorstudie naar de voortgang van Zorg op afstand in Nederland, in het bijzonder videocommunicatie en telebegeleiding. De vorige peiling van najaar 2007 was uitgebreid van aard: dat betekent dat behalve de managers van zorgorganisaties, ook de cliënten, mantelzorgers, zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers zijn bevestigd. Dit rapport beschrijft een beperkte peiling, in de zin dat uitsluitend managers zijn ondervraagd en registratiegegevens zijn bestudeerd.

De *Monitor Zorg op afstand* bouwt voort op de eerdere peilingen van het NIVEL over videocommunicatie en telebegeleiding in de zorg voor mensen thuis (Bos et al., 2005; Bos et al., 2006; Peeters et al., 2007; 2008). Het rapport biedt vergelijkingsmateriaal voor de deelnemende zorgorganisaties en kan door belanghebbende partijen worden gebruikt voor beleidsontwikkeling.

ActiZ wil de invoering van Zorg op afstand bevorderen en zorgorganisaties bij deze initiatieven helpen en ondersteunen. Deze monitor is daar een uitwerking van. Deze tussentijdse peiling van de monitor Zorg op afstand is uitgevoerd met subsidie van ActiZ, met gelden van het Transitieprogramma Langdurende Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De monitor wordt begeleid door een begeleidingscommissie, het zogenaamde nationale overleg, bestaande uit vertegenwoordigers van ActiZ (programmteam Zorg op afstand), ZN, CVZ, NPCF, LOC, Mezzo, het Ministerie van VWS en de NZa. Wij danken de leden van het nationale overleg voor hun inbreng.

Daarnaast wordt regelmatig overleg gevoerd met managers van de organisaties die samenwerken binnen het Netwerk Zorg op afstand en bezig zijn met de ontwikkeling en inbedding van Zorg op afstand binnen de eigen zorgorganisatie. Ook zij zijn nauw betrokken bij de monitor Zorg op afstand en wij danken hen voor het invullen van de vragenlijst en het aanleveren van de registratiegegevens.

Het project is uitgevoerd door dr. José Peeters, senior onderzoeker NIVEL en begeleid door dr. Anneke Francke, programmaleider van het onderzoeksthemagebied Verpleging & Verzorging NIVEL.

Dit rapport biedt inzicht in de ontwikkelingen van Zorg op Afstand in Nederland. We hopen hiermee een bijdrage te leveren aan de discussie over de inzet van Zorg op afstand als één van de strategieën om ook in de toekomst goede zorg te kunnen leveren.

Utrecht, 2009



## Samenvatting

In deze samenvatting worden het doel, de onderzoeksopzet en de belangrijkste resultaten van de monitorpeiling najaar 2008/begin 2009 aan de hand van de onderzoeksvragen beschreven.

### Zorg op afstand

*Zorg op afstand*, ofwel alle zorg die niet fysiek door een zorgmedewerker bij de cliënt thuis wordt geleverd, is volop in ontwikkeling ([www.zorgopafstand.net](http://www.zorgopafstand.net)).

Videocommunicatie tussen de cliënt en de medewerker van de zorgcentrale en telebegeleiding zijn sprekende voorbeelden van Zorg op afstand. Op dit moment bestaat Zorg op afstand op beperkte schaal in Nederland en dan vooral in speciale projecten of pilots. De verwachting is dat videocommunicatie, naast de gebruikelijke zorg aan huis, in de toekomst steeds meer deel zal gaan uitmaken van het dienstenaanbod van thuiszorgorganisaties en zorgcentra die extramurale zorg leveren. ActiZ (brancheorganisatie voor zorgaanemers) beschouwt deze vorm van zorg als veelbelovende technologische ontwikkeling en ondersteunt zorgorganisaties hierbij. Volgens ActiZ kan het slim en verantwoord inzetten van technologie in de zorg leiden tot betere zorg voor cliënten en mantelzorgers. Daarnaast biedt Zorg op afstand mogelijkheden om het hoofd te kunnen bieden aan de groeiende zorgvraag van ouderen en chronisch zieken bij een inkrimpende arbeidsmarkt.

### Videocommunicatie

Onder *videocommunicatie* verstaan we in dit rapport een beeld-audio verbinding (ook wel een videonetwerk genoemd) waarmee een cliënt of een mantelzorger vanuit huis op eenvoudige wijze contact (via afstandsbediening, via een druk op de knop of via een touch screen) kan opnemen met de verpleegkundige van de zorgcentrale van een thuiszorgorganisatie of het zorgcentrum. Vrijwel direct komt dan het gezicht van de medewerker van de thuiszorgorganisatie of van het zorgcentrum, de 'zorgcentralist' op het beeldscherm en kan de cliënt zijn (zorg)vraag uiten. De zorgcentralist kan ook zelf het initiatief tot beeld-audio contact met de cliënt nemen. De verbinding met de zorgcentrale is standaard bij videocommunicatie, maar inmiddels kunnen steeds meer diensten en producten via videocommunicatie worden geleverd, zoals een beeld-audio verbinding met (klein)kinderen van de cliënt.

### Telebegeleiding

Naast videocommunicatie kan *telebegeleiding* worden opgevat als een specifieke vorm van Zorg op afstand, die interactief gebeurt, bijvoorbeeld in de vorm van de Health Buddy ofwel 'gezondheidsmaatje'. Dit is een apparaat waarmee (recentelijk) gediagnosticeerde cliënten met diabetes, COPD (longziekte) of hartfalen op afstand kunnen worden begeleid en gemonitord. Telebegeleiding wordt geboden ter

ondersteuning van zelfmanagement en bevordering van een gezonde leefwijze van mensen in een vroeg stadium van diabetes of COPD. Cliënten vullen dagelijks via een digitaal dagboek 'Mijn gezondheid' of via een Health Buddy, een apparaat met een klein beeldscherm dat is aangesloten op de telefoon, een vragenlijst in over hun ziekte en over hun leefstijl. De antwoorden op deze vragen worden elke dag bekeken door een verpleegkundige. Als daartoe aanleiding bestaat, dat wil zeggen als het programma een 'rode vlag' (duidt op mogelijk risico) aangeeft, wordt vanuit de thuiszorgorganisatie contact opgenomen met de cliënt.

### **Doel van de monitor**

De monitor Zorg op afstand (eerder genoemd Monitor Videonetwerken, met als peilingen 2005, 2006 en 2007) heeft als hoofddoel door middel van herhaalde, jaarlijkse metingen inzicht te geven in hoe de gefaseerde invoering van videocommunicatie en telebegeleiding bij thuiszorg- en andere zorgorganisaties (organisatorisch en financieel) en bij cliënten vorm krijgt, en wat de effecten zijn op cliënten, mantelzorgers en professionals (zorgcentralisten, thuiszorgmedewerkers en managers) en de organisatie van de zorg. Op die wijze kan ervaring opgedaan in het ene jaar worden gebruikt ter verbetering van Zorg op afstand en de invoering daarvan in een daarop volgend jaar.

### **Opzet van het onderzoek**

Deze monitorpeiling betreft een zogenaamde beperkte peiling, dat wil zeggen dat alleen de managers van thuiszorg- en andere zorgorganisaties zijn bevraagd. Van alle aan de monitor deelnemende organisaties heeft één manager een schriftelijke vragenlijst ingevuld. Aanvullend zijn de managers van de oorspronkelijke koplopers van Zorg op afstand, zorgorganisatie ZuidZorg en Meavita, in het kader van het Transitieprogramma Langdurende Zorg geïnterviewd. Dit omdat ze al langer bezig zijn met de ontwikkeling van arrangementen met Zorg op afstand. Tevens heeft een gesprek plaatsgevonden met de directeur van PAL4 (een afkorting van Personal Assistent for Life), een samenwerkingsverband van instellingen dat gezamenlijk de techniek voor videocommunicatie inkoop en deze breed beschikbaar stelt. Bij dit gesprek was tevens een manager van een thuiszorgorganisatie, mede-initiatiefnemer van PAL4, aanwezig. We hebben tot slot de bevindingen van deze monitorpeiling van eind 2008/begin 2009 vergeleken met die van eerdere peilingen.

### **Resultaten aan de hand van de onderzoeksvragen**

#### ***Hoe functioneert Zorg op afstand? (onderzoeksvraag 1)***

Bij Zorg op afstand gaat het altijd om zorg- en dienstverlening waarbij de zorgverlener niet fysiek aanwezig is. Een voorwaarde is dat er altijd een garantie is op zorgopvolging, dat wil zeggen dat er in geval van nood direct hulp wordt geboden. Naast videocommunicatie is telebegeleiding een specifieke vorm van Zorg op afstand. Cliënten met diabetes of COPD, kunnen op afstand via een zogenaamde Health Buddy, worden begeleid en gemonitord.

Aan deze peiling onder managers, eind 2008/begin 2009, namen 21 zorgorganisaties deel. Tot deze organisaties behoren thuiszorgorganisaties, een zorgcentrum en twee



instellingen op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg. Enerzijds is er sprake van een daling, doordat twee organisaties vanwege een faillissement/financiële problemen zijn gestopt; anderzijds is er een stijging te zien, door een toename bij andere organisaties van het aantal cliënten dat gebruik maakt van Zorg op afstand en door nieuwe toetreders. Elf van deze organisaties leveren op het moment van de peiling Zorg op afstand aan in totaal 1.021 cliënten: 765 cliënten hebben een aansluiting op een videonetwerk en 256 cliënten ontvangen telebegeleiding. Het totale aantal cliënten met Zorg op afstand is ongeveer gelijk gebleven in vergelijking met de peiling van een jaar geleden.

Meer dan de helft van de cliënten met een aansluiting op videocommunicatie (55%) heeft een indicatie voor AWBZ-zorg, maar één grote zorgorganisatie richt zich juist op zogenaamde 'welzijnsklanten' zonder indicatie voor AWBZ-zorg. De cliënten die telebegeleiding ontvangen, hebben (bijna) allemaal een indicatie voor AWBZ-zorg. Voor de meeste managers van de zorgorganisaties zijn, net zoals dat in 2007 het geval was, de redenen voor een aansluiting op het videonetwerk het gevoel van veiligheid van de cliënten te bevorderen en opname in een verpleeg- of verzorgingshuis te voorkomen of uit te stellen. De beoogde effecten voor COPD-clieënten, hartfalen of diabetes die telebegeleiding ontvangen, liggen, volgens managers, op het gebied van effectieve bewaking van medicijnname (monitoring), activering van cliënten en zelfmanagement. Zorg op afstand wordt bekend gemaakt door het verspreiden van foldermateriaal, via de website van de thuiszorgorganisatie, door het bezoeken van congressen en beurzen en via artikelen in regionale kranten. Het geven van bekendheid binnen de zorgorganisatie gebeurt vaak door medewerkers van een apart team Telezorg of door projectmedewerkers.

### ***Hoe is Zorg op afstand binnen de thuiszorgorganisaties georganiseerd (onderzoeksvraag 2)?***

Twee thuiszorgorganisaties hebben, speciaal voor het videonetwerk een zorgcentrale opgezet; de negen andere zorgorganisaties maken gebruik van een bestaande zorgcentrale van henzelf of van een andere zorgorganisatie. De 24-uurs zorg en alarmopvolging is bij alle zorgorganisaties gegarandeerd. Doorgaans is één, soms zijn twee of drie zorgcentralisten tegelijk werkzaam op de zorgcentrale. Alle thuiszorgorganisaties hebben protocollen en afspraken gemaakt voor de doorverwijzing naar andere zorgprofessionals. Een arrangement met Zorg op afstand is breed en kan uit een combinatie van verschillende diensten, producten en zorg bestaan. Naast personenalarmering (veiligheidsdiensten) bieden de thuiszorgorganisaties vooral verpleging, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding via videocommunicatie aan, en telebegeleiding via de Health Buddy of via internet. Verder wordt er advies en bemiddeling van gemakdiensten aangeboden, welzijnsdiensten, zoals goedemorgen-en goedenavond service en communicatiediensten (dat wil zeggen contact via het videonetwerk met mantelzorgers en met lotgenoten). In vergelijking met de vorige peiling zien we dat het aanbod enorm is uitgebreid en meer toegespitst op de wensen en behoeften van groepen cliënten. Zo is bij negen zorgorganisaties beeldcommunicatie van de cliënt met (klein)kinderen, mantelzorgers en familie mogelijk. Er is ook gestart met de ontwikkeling van diensten, producten en Zorg op afstand voor specifieke cliëntengroepen, bijvoorbeeld voor cliënten met COPD, hartfalen en cliënten met diabetes.

Voor de opzet en levering van Zorg op afstand wordt vooral samengewerkt met technische bedrijven, met andere zorgaanbieders en/of met commerciële partijen. Subsidieverstrekkers en kennisinstituten zijn vooral van belang voor de uitrol van Zorg op afstand.

Twee organisaties die al langer Zorg op afstand leveren, hebben videocommunicatie en/of telebegeleiding volledig ingebed in de reguliere zorg; andere organisaties zijn hier nog druk mee bezig. Alle thuiszorgorganisaties geven aan de ingeslagen weg van Zorg op afstand in de toekomst te blijven volgen.

### ***Hoe verloopt de verbreding en verdieping van arrangementen met Zorg op afstand (onderzoeksvraag 3)?***

Verbreding en verdieping van arrangementen met Zorg op afstand worden als belangrijke voorwaarden beschouwd om tot opschaling van Zorg op afstand te komen. Onder *verdieping* wordt verstaan: beter en dieper kijken naar de behoeften, de vragen en wensen van specifieke doelgroepen, zoals cliënten met diabetes, en daar ook specifieke zorgarrangementen voor aanbieden. Met *verbreding* bedoelen we meer arrangementen met tal van diensten en producten op het gebied van Zorg op afstand aanbieden aan grotere groepen cliënten.

Om meer zicht te krijgen op de verbreding en verdieping, zijn de managers van ZuidZorg en Meavita, als koplopers binnen het netwerk, en onderdeel van het Transitieprogramma Langdurende Zorg ([www.tplz.nl](http://www.tplz.nl)) van het Ministerie van VWS, geïnterviewd. ZuidZorg is volop bezig met de ontwikkeling en toepassing van brede zorgarrangementen met videocommunicatie binnen een zogenaamde woonservice gemeente. Het doel is inwoners van de woonservice gemeente ‘op maat’ te ondersteunen vanuit een breed dienstenpakket zodat zij langer zelfstandig kunnen wonen en midden in de samenleving staan. De voorlopige conclusie luidt dat er bij cliënten zeer veel behoefte bestaat aan informatie over een woonservice gemeente, maar dat cliënten veelal afhaken vanwege de beeldvorming (‘ik heb nog geen zorg nodig’).

Meavita is enige tijd geleden gestart met de ontwikkeling van zorgarrangement voor mensen met COPD, hartfalen en diabetes en heeft Zorg op afstand geïnitieerd en op de kaart gezet in Nederland. Telebegeleiding is uiteindelijk op minder grote schaal toegepast in de zorg dan verwacht. Een faalfactor was dat het concept Zorg op afstand te breed was en dat er (te) veel tijd en energie is gestoken in de ontwikkeling van de techniek. Verder is er veel tijd nodig om verpleegkundigen te trainen en te enthousiasmeren voor deze manier van zorg, het product Zorg op afstand verder te ontwikkelen en te vermarkten, en die tijd ontbrak. Aan de andere kant is er veel kennis gebundeld en ervaring opgedaan met het verlenen van Zorg op afstand. Op dit moment ligt de telebegeleiding van cliënten stil, vanwege het faillissement van Meavita en de onduidelijkheid over de toekomst. Tot slot beschrijven we in dit rapport PAL4 (Personal Assistent for Life), dat kan worden opgevat als voorbeeld van een breed toepasbaar videocommunicatiesysteem via internet, ontwikkeld vanuit de behoefte en de vraag van cliënten zelf. De eerste indruk is dat de ervaringen van cliënten met PAL4 positief zijn (Nouws, 2008c). Ook zorgorganisaties die gebruik maken van PAL4 zijn enthousiast, vooral over de toepassingsmogelijkheden, maar ook over de betrouwbaarheid van de techniek.

## **Conclusies**

Dit rapport beschrijft hoe de organisatie van Zorg op afstand in Nederland momenteel wordt vormgegeven, hoeveel cliënten hiervan gebruik maken en wat de ervaringen zijn van managers van thuiszorg- en andere zorgorganisaties. Er is ook inzicht verkregen in de meerwaarde van Zorg op afstand en de toepassing ervan bij diverse doelgroepen, zoals mensen met diabetes, COPD, hartfalen en mantelzorgers van mensen met dementie. Tevens is dieper ingegaan op ontwikkeling van een internetplatform (PAL4) en een woonservicegemeente. De plannen voor de toekomst zijn onder andere het verder ontwikkelen van het dienstenaanbod voor cliënten en standaardisatie van de techniek. Uit deze peiling komt naar voren, dat ondanks een aantal tegenslagen, zoals het faillissement van een landelijk opererende thuiszorgorganisatie, het aantal cliënten dat gebruik maakt van Zorg op afstand in vergelijking met de vorige meting stabiel is gebleven (ongeveer 1.000 cliënten). Het aanbod van diensten, producten en Zorg op afstand is, in vergelijking met vorige peilingen, enorm uitgebreid en meer toegespitst op de wensen en behoeften van (specifieke) doelgroepen.

De managers van deelnemende zorgorganisaties zijn zeer gemotiveerd om met deze innovatie door te gaan. Van de andere kant hebben thuiszorgorganisaties te maken met een aantal andere belemmeringen, zoals de financiering, de organisatie van de zorg, de attitude van professionals en standaardisatie van de techniek. In het najaar van 2009 wordt, op initiatief van de leden van het Netwerk Zorg op afstand, in samenwerking met ActiZ, een doorbraakconferentie georganiseerd met als doel een gezamenlijk gedragen visie van diverse actoren op het gebied van Zorg op afstand. Ter voorbereiding hiervan is in het voorjaar van 2009 een tweedaagse werkconferentie georganiseerd en zijn diverse presentaties gehouden voor een breed publiek.



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

De meeste ouderen willen zo lang mogelijk in de eigen woning en in hun eigen leefomgeving blijven wonen en zelf de regie voeren. Het is echter de vraag of in de toekomst nog voldoende medewerkers beschikbaar zullen zijn om die zorg aan huis te verlenen. Mede door de vergrijzing zullen minder mensen beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt (RegioMarge, 2007). Ook de sterk groeiende kosten van de gezondheidszorg maakt het zoeken naar (mogelijk) kosteneffectieve innovaties nodig. Een voorbeeld van zo'n innovatie is Zorg op afstand in de vorm van videocommunicatie of telebegeleiding, die enkele jaren geleden werd geïntroduceerd in de Nederlandse thuiszorg.

Onder *videocommunicatie* verstaan we in dit rapport een beeld-audio verbinding (ook wel een videonetwerk genoemd) waarmee een cliënt of een mantelzorger vanuit huis op eenvoudige wijze contact (via afstandsbediening, via een druk op de knop of via een touch screen) kan opnemen met de verpleegkundige van de zorgcentrale van een thuiszorgorganisatie. Vrijwel direct komt dan het gezicht van de medewerker van de thuiszorgorganisatie, de 'zorgcentralist' op het beeldscherm en kan de cliënt zijn (zorg)vraag uiten. De zorgcentralist kan ook zelf het initiatief tot beeld-audio contact met de cliënt nemen. Verder zijn er meer diensten en producten via videocommunicatie mogelijk, zoals een beeld-audio verbinding met (klein)kinderen van de cliënt.

Naast videocommunicatie kan *telebegeleiding* worden opgevat als een specifieke vorm van Zorg op afstand, die interactief gebeurt, bijvoorbeeld in de vorm van de Health Buddy ofwel 'gezondheidsmaatje'. Dit is een apparaat waarmee (recentelijk) gediagnosticeerde cliënten met diabetes, COPD of hartfalen op afstand kunnen worden begeleid en gemonitord. Het apparaat heeft een klein beeldscherm dat is aangesloten op de telefoon. De gegevens worden via de telefoonlijn doorgestuurd naar de computer van de gespecialiseerde verpleegkundige bij de thuiszorgorganisatie. De cliënt krijgt gedurende drie maanden dagelijks via dit apparaat adviezen om de leefstijl aan te passen of een begeleidingsprogramma van zes maanden. Ook krijgt de cliënt via het apparaat vragen over hoe hij/zij zich voelt. De Health Buddy werkt met 'rode vlaggen' (hoog risico), 'gele vlaggen' (gemiddeld risico) en 'groene vlaggen' (laag risico): bij een rode vlag neemt de gespecialiseerde wijkverpleegkundige van de thuiszorgorganisatie contact op met de cliënt. Als de cliënt twijfelt, kan hij/zij natuurlijk ook zelf bellen. Telebegeleiding voor mensen met COPD houdt ook in dat cliënten periodiek een gevalideerde vragenlijst invullen via de telefoon of via internet, eventueel aangevuld met een thuismeting van de longfunctie van de cliënt. De antwoorden worden telefonisch doorgestuurd naar de longverpleegkundige van het ziekenhuis. Waar nodig neemt de

verpleegkundige contact op met de cliënten en/of andere professionals. Telebegeleiding kan voor een korte periode worden aangeboden, zoals bij mensen met diabetes, terwijl telebegeleidingsprogramma's voor mensen met COPD vaak langdurig van aard zijn. Ook is een combinatie van telebegeleiding met videocommunicatie mogelijk.

Bij Zorg op afstand gaat het tot slot altijd om zorg- en dienstverlening waarbij de zorgverlener niet fysiek aanwezig is. Een voorwaarde is dat er altijd een garantie is op zorgopvolging, wanneer dat nodig is.

## 1.2 Doel van de monitor

De eerste systemen voor videocommunicatie in de thuiszorg dateren van 2003/2004. Om te volgen hoe Zorg op afstand in de Nederlandse zorg voor mensen thuis gestalte krijgt, is in 2005 gestart met de *Monitor Zorg op afstand* (voorheen: Monitor Videonetwerken), jaarlijks uitgevoerd door het NIVEL. Door de nauwe betrokkenheid van ActiZ bij de monitor (onder meer door deelname aan de begeleidingscommissie), wordt gewaarborgd dat in principe alle zorgorganisaties die Zorg op afstand leveren en die lid zijn van ActiZ, participeren in de monitor.

Het doel van de monitor Zorg op afstand is door herhaalde, jaarlijkse metingen inzicht verkrijgen in hoe de gefaseerde invoering van videocommunicatie en telebegeleiding bij zorgorganisaties (organisatorisch en financieel) en bij cliënten vorm krijgt en wat de effecten zijn op cliënten, mantelzorgers, professionals (zorgcentralisten, thuiszorgmedewerkers en managers) die hier mee te maken hebben en de organisatie van de zorg. Ook het toekomstperspectief komt in de monitor expliciet aan de orde. Op basis van deze monitor kan het invoeringsproces van Zorg op afstand op landelijk en organisatieniveau worden gevolgd en waar nodig bijgesteld worden. Daarnaast zijn de gegevens van belang voor beleidsinstanties en brancheorganisaties, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Zorgverzekeraars Nederland (NZ), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Mezzo en LOC (Landelijke Cliëntenorganisatie). Ook kan, op basis van de monitor, inzicht worden geboden in de belemmeringen en voorwaarden voor Zorg op afstand in de praktijk (zie hoofdstuk 6).

## 1.3 Eerdere peilingen

In het voorjaar van 2005 is een eerste uitgebreide monitorpeiling naar de invoering van videonetwerken in de thuiszorg in Nederland uitgevoerd (Bos et al., 2005). Deze peiling was 'uitgebreid' in de zin dat, behalve de managers, ook de cliënten, mantelzorgers, zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers zijn bevroegd.

Vervolgens zijn in november 2005 en november 2006 zogenaamde 'beperkte' peilingen uitgevoerd, waarbij alleen de managers van de thuiszorgorganisaties zijn bevroegd (Bos & Francke, 2006; Peeters et al., 2007). In november 2007 heeft weer een uitgebreide peiling plaats gevonden (Peeters et al., 2008). Het ging daarbij om een peiling onder tien zorgorganisaties waarin alle betrokken partijen, namelijk cliënten die gebruik maken van

Zorg op afstand (videocommunicatie en telebegeleiding), mantelzorgers, zorgcentralisten, thuiszorgmedewerkers en managers, zijn ondervraagd.

## 1.4 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die in dit rapport beantwoord worden, luiden:

1. Hoe functioneert Zorg op afstand (videocommunicatie en telebegeleiding):
  - a. Hoeveel thuiszorgorganisaties bieden eind 2008 Zorg op afstand aan en hoeveel aansluitingen voor videocommunicatie hebben ze?
  - b. Wat zijn het aantal en de achtergrondkenmerken (bijvoorbeeld qua AWBZ-indicatie) van de cliënten die Zorg op afstand ontvangen?
  - c. Welke effecten van Zorg op afstand beogen managers van thuiszorgorganisaties?
  - d. Hoe wordt bekendheid gegeven aan Zorg op afstand en hoe vindt benadering van deze cliënten plaats?
2. Hoe is Zorg op afstand binnen de thuiszorgorganisaties georganiseerd:
  - a. voor wat betreft de inrichting van de zorgcentrale (bereikbaarheid, aantal zorgcentralisten, protocollen en afspraken)?
  - b. voor wat betreft het aanbod van Zorg op afstand (soorten zorg, diensten en producten, specifieke groepen cliënten, aantal uren fysieke zorg en aantal zorg via videocommunicatie of telebegeleiding)?
  - c. voor wat betreft de samenwerking met andere partijen (opzetten, uitrol)?
  - d. voor wat betreft de inbedding in de organisatie en in het reguliere zorgproces (implementatie, plannen voor de toekomst)?
  - e. Welke ontwikkelingen in de tijd zijn waar te nemen voor wat betreft de onderwerpen die zijn genoemd in de voorgaande onderzoeksvragen, over de gehele monitorperiode (peilingen 2005 tot en met 2008)?
3. Hoe verloopt de verbreding en verdieping van arrangementen met Zorg op afstand?

## 1.5 Indeling van het rapport

In deze rapportage wordt eerst de methode van het onderzoek (hoofdstuk 2) besproken. In hoofdstuk 3 wordt een beschrijving gegeven van het aantal deelnemende zorgorganisaties dat videocommunicatie en telebegeleiding aan mensen thuis levert, om welke doelgroepen het gaat en hoe de werving van potentiële cliënten gebeurt. In hoofdstuk 4 laten we zien welke diensten, producten en Zorg op afstand deze zorgorganisaties aanbieden, hoe de samenwerking met andere partijen verloopt en in hoeverre Zorg op afstand is ingebed in de organisatie. Ook worden de gegevens van deze peiling vergeleken met de resultaten uit de eerdere peilingen. In hoofdstuk 5 gaan we in op de ervaringen met de verbreding en verdieping van arrangementen met Zorg op afstand. We ronden het rapport af met een beschouwing (hoofdstuk 6).





## 2 Methode

### 2.1 Onderzoekspersonen

#### *Schriftelijke ondervraging*

In deze beperkte peiling van eind 2008/begin 2009 is van alle deelnemende zorgorganisaties die Zorg op afstand (videocommunicatie of telebegeleiding) aanbieden, één manager bevraagd. Het gaat hier zowel om middelgrote zorgorganisaties als landelijk opererende zorgorganisaties. De peiling werd uitgevoerd door het NIVEL, in nauw overleg met NZa en ActiZ.

#### *Interviews*

De oorspronkelijke koplopers van Zorg op afstand, ZuidZorg en Meavita, zijn in het kader van het Transitieprogramma Langdurende Zorg (voor verdere informatie zie: [www.tplz.nl](http://www.tplz.nl)) enthousiast begonnen met de ontwikkeling van arrangementen met Zorg op afstand. ZuidZorg is nog steeds volop bezig met de ontwikkeling van arrangementen, terwijl Meavita al langere tijd hinder heeft ondervonden door een fusie en opnieuw een defusieproces (zie hoofdstuk 5). De managers van ZuidZorg en Meavita zijn aanvullend geïnterviewd, omdat deze organisaties tot voor kort het meest ver waren met de verbreding c.q. verdieping van Zorg op afstand naar specifieke doelgroepen. Tevens heeft een gesprek plaatsgevonden met de directeur van PAL4 (een afkorting van Personal Assistent for Life), een samenwerkingsverband van instellingen dat gezamenlijk de techniek voor videocommunicatie inkoopt en deze breed beschikbaar stelt. Bij dit gesprek was tevens een manager van een thuiszorgorganisatie, mede-initiatiefnemer van PAL4, aanwezig.

### 2.2 Schriftelijke vragenlijst, registratieformulier en topiclijst

#### *Vragenlijst en registratieformulier*

Begin 2009 is aan de managers van alle deelnemende zorgorganisaties (N=21) een schriftelijke vragenlijst gestuurd (bijlage 1). Daarnaast is een urenregistratieformulier toegestuurd waarin gevraagd is - per aangesloten cliënt - achtergrondgegevens, gegevens over de indicatie en over het (totale) zorggebruik van de cliënten, zowel fysiek als via het beeldscherm, in te vullen. De peildatum was week 50 (8 tot en met 12 december 2008).

#### *Topiclijst*

De interviews met beide managers hebben plaats gevonden aan de hand van een topiclijst. Tijdens het interview is expliciet ingegaan op de (ontwikkeling) van verdieping voor specifieke groepen cliënten en verbreding van arrangementen met Zorg op afstand door de thuiszorgorganisatie, hun ervaringen en hun verwachtingen voor de toekomst.

## 2.3 Analysemethode

### *Analyseren vragenlijsten en registratieformulieren*

De vragenlijstgegevens en de registratiegegevens over de geïndiceerde en geleverde zorg zijn grotendeels kwantitatief van aard en zijn vooral met beschrijvende statistiek (frequenties, percentages) geanalyseerd. Ook zijn we in de analyses op zoek gegaan naar trends over de verschillende monitorjaren. Tevens zijn in de schriftelijke vragenlijst enkele deels open, deels gesloten vragen gesteld aan managers over welke diensten, producten en Zorg op afstand de deelnemende thuiszorgorganisaties leveren aan cliënten met een videonetwerk of cliënten die gebruik maken van telebegeleiding. De kwalitatieve informatie uit de open vragen is gerubriceerd en verwerkt in het onderzoeksrapport.

### *Analyse interviews*

De interviews met de managers van de koplopers ZuidZorg, Meavita en PAL4 zijn op band opgenomen. Deze bandopnamen zijn letterlijk uitgetypt en verder uitgewerkt in een interviewverslag. Dit verslag is ter accordering voorgelegd aan de geïnterviewde managers c.q. directeur. De informatie uit de interviews is gebruikt ter aanvulling op en verdieping van de gegevens uit de schriftelijke vragenlijst. Vervolgens vond kwalitatieve analyse plaats (zie voor werkwijze, bijvoorbeeld Francke et al., 1993).

## 2.4 Deelnemers monitor Zorg op afstand

Om de anonimiteit van de deelnemende zorgorganisaties bij het vragenlijst- en registratiedeel te bevorderen, zijn zij aangeduid met een nummer, ORG1 tot en met ORG21, net zoals we dat in de vorige monitorpeilingen hebben gedaan. Hierdoor is vergelijking door de jaren heen mogelijk. Echter daarbij moet in ogenschouw worden genomen dat niet alle zorgorganisaties, vanwege uiteenlopende redenen (bijvoorbeeld omdat men tijdelijk is gestopt met Zorg op afstand), aan elke peiling van de monitor hebben deelgenomen.

In tabel 2.1 is schematisch weergegeven welke organisaties hebben deelgenomen aan de peiling vanaf 2005 tot op heden, welke organisaties *niet* hebben deelgenomen en de *reden* waarom ze niet hebben deelgenomen.

Tabel 2.1 Deelname aan peilingen over de periode 2005-2008

Zorg-organisatie	2005	2006	2007	2008	Soort Zorg op afstand	Reden géén deelname peiling eind 2008/begin 2009
ORG1	Ja	Nee	Nee	Nee	N.v.t.	Geen cliënten aangesloten
ORG2 <sup>1</sup>	Ja	Ja	Ja	Ja	Videocommunicatie + telebegeleiding	N.v.t.
ORG3	Nee	Nee	Nee	Nee	N.v.t.	Geen cliënten aangesloten
ORG4	Ja	Ja	Ja	Nee	N.v.t.	Geen cliënten (meer) aangesloten
ORG5	Ja	Ja	Ja	Ja	Videocommunicatie + telebegeleiding	N.v.t.
ORG6	Ja	Ja	Ja	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG7	Nee	Nee	Ja	Ja	Videocommunicatie + telebegeleiding	N.v.t.
ORG8	Nee	Ja	Ja	Nee	N.v.t.	Geen cliënten (meer) aangesloten
ORG9	Nee	Nee	Ja	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG10	Nee	Nee	Ja	Nee	N.v.t.	Geen cliënten aangesloten
ORG11	Nee	Nee	Nee	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG12	Nee	Nee	Nee	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG13	Nee	Nee	Nee	Ja	Videocommunicatie + telebegeleiding	N.v.t.
ORG14	Nee	Nee	Nee	Nee	N.v.t.	Geen cliënten aangesloten
ORG15	Nee	Nee	Nee	Nee	N.v.t.	Geen cliënten aangesloten
ORG16	Nee	Nee	Nee	Nee	N.v.t.	Geen cliënten aangesloten
ORG17	Ja	Ja	Nee	Ja	Videocommunicatie + telebegeleiding	N.v.t.
ORG18	Ja	Ja	Ja	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG19	Nee	Nee	Nee	Nee	N.v.t.	Geen cliënten aangesloten
ORG20	Nee	Nee	Nee	Ja	Videocommunicatie (intra- en extramuraal)	N.v.t.
ORG21	Nee	Nee	Nee	Nee	N.v.t.	Geen cliënten aangesloten

<sup>1</sup> Deze organisatie is geen lid meer van het Netwerk Zorg op afstand.

In vergelijking met de peiling in het najaar van 2007 is het aantal zorgorganisaties dat bezig is met het opstarten van Zorg op afstand binnen hun organisatie, toegenomen. Eén landelijke opererende zorgorganisatie (in de vorige rapportage aangeduid met ORG4a, ORG4b en ORG4c) is eind 2008 gedefuseerd en representeert in deze rapportage drie zelfstandige thuiszorgorganisaties<sup>2</sup>. Eén van de deelnemende organisaties (ORG20) levert zowel intramuraal, aan cliënten van het zorgcentrum als extramuraal, bij cliënten thuis Zorg op afstand.

Aan deze peiling nemen ook twee organisaties uit de sector Geestelijke Gezondheidszorg deel. Zo biedt één organisatie (ORG19) zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en aan mensen met een psychiatrische aandoening. Eén andere deelnemende organisatie (ORG21) biedt zorg aan mensen met langdurige psychische problemen. Beide laatste organisaties maken geen deel uit van het Netwerk Zorg op afstand, maar maken wel gebruik van de financieringsregelingen voor Zorg op afstand. Voor de volledigheid vermelden we dat het Netwerk onder verantwoordelijkheid van ActiZ functioneert en deel uit maakt van het Transitieprogramma Langdurende Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

---

<sup>2</sup> Dit hebben we als volgt opgelost: ORG4a is ORG4 geworden, ORG4b is nu ORG17 en ORG4c is ORG18 geworden.

### 3 Functioneren van Zorg op afstand

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe functioneert Zorg op afstand (videocommunicatie en telebegeleiding):
  - a. Hoeveel thuiszorgorganisaties bieden eind 2008 Zorg op afstand aan en hoeveel aansluitingen voor videocommunicatie hebben ze?
  - b. Wat zijn het aantal en de achtergrondkenmerken (bijvoorbeeld qua AWBZ-indicatie) van de cliënten die Zorg op afstand ontvangen?
  - c. Welke effecten van Zorg op afstand beogen managers van thuiszorgorganisaties?
  - d. Hoe wordt bekendheid gegeven aan Zorg op afstand en hoe vindt benadering van deze cliënten plaats?

De informatie is gebaseerd op schriftelijk vragenlijstonderzoek onder managers van deelnemende zorgorganisaties. We maken hierbij onderscheid tussen videocommunicatie en telebegeleiding.

#### 3.1 Situatie op het moment van onderzoek

Van de 21 zorgorganisaties die deel uitmaken van het netwerk Zorg op afstand hebben eind december 2008 (week 50) elf zorgorganisaties daadwerkelijk cliënten die zijn aangesloten op een systeem voor videocommunicatie (tabel 3.1). De andere tien zorgorganisaties zijn nog bezig met de doorstart of met het opstarten van Zorg op afstand binnen hun organisatie.

##### *Videocommunicatie*

Vier zorgorganisaties bieden, zoals eerder vermeld, al sinds de beginperiode videocommunicatie aan cliënten; dit zijn de pioniers. Zij zijn de pilotfase voorbij en hebben een start gemaakt met de integratie van Zorg op afstand in het zorgproces binnen de organisatie. Drie zorgorganisaties van deze peiling zijn bezig met een doorstart van Zorg op afstand, na faillissement van de leverancier; drie andere organisaties verkeren op dit moment in de oriëntatiefase en hebben (nog) geen cliënten aangesloten op een videonetwerk. In tabel 3.1 is te zien sinds wanneer de aan het Netwerk Zorg op afstand deelnemende thuiszorgorganisaties een functionerend systeem voor videocommunicatie hebben. In dit overzicht zijn dus alleen de elf organisaties opgenomen die op het moment van de peiling (december 2008) daadwerkelijk aangesloten cliënten hebben.

Tabel 3.1 Aantal cliënten met een aansluiting op videocommunicatie en doelgroepen, volgens managers (n=11)

Zorgorganisatie	ORG2	ORG5	ORG6	ORG7	ORG9	ORG11	ORG12	ORG13	ORG17	ORG18	ORG20
<i>Videocommunicatie sinds...</i>	2005	2003	2006	2005	2007	2007	2008	2007	2003	2006	2007
Aantal cliënten december 2008, waarvan:	10	295	57	50	41	18	153	16	62	25	38
- cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg	8 (80%)	135 (46%)	43 (75%)	24 (48%)	13 (32%)	18 (100%)	42 (27%)	16 (100%)	62 (100%)	25 (100%)	38 (100%)
- cliënten zonder zorgindicatie	2 (20%)	160 (54%)	14 (25%)	26 (52%)	28 (68%)	0 (0%)	111 (73%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Verwachting aantal aansluitingen november 2008	75	900	125	70	100	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Verwachting aantal aansluitingen december 2009	80	500	200	200	150-300	50	153	100	100	0	200
<i>Doelgroepen: mensen...</i>											
Ouderen die niet ziek zijn (preventie, welzijn)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	-	Ja	Ja	Ja	-	Ja
Met chronische somatische aandoening	Ja	Ja	Ja	Ja	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Met diabetes	Ja	Ja	-	Ja	-	-	-	Ja	Ja	Ja	-
Met COPD	Ja	Ja	-	Ja	-	-	-	-	Ja	Ja	-
Met hartfalen	Ja	Ja	-	Ja	-	-	-	Ja	Ja	Ja	-
Met chronische psychiatrische aandoening	Ja	Ja	Ja	-	-	-	-	-	Ja	Ja	-
Met psychogeriatrische aandoening (dementie)	-	Ja	-	-	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Met verstandelijke handicap	-	Ja	-	-	-	-	-	-	Ja	Ja	-
Met lichamelijke handicap	-	Ja	-	-	Ja	-	-	-	Ja	Ja	Ja
Mantelzorgers van cliënten met een aandoening	Ja	Ja	Ja	-	Ja	-	-	Ja	Ja	-	Ja

Uit de door de managers aangeleverde gegevens blijkt dat eind december 2008 in totaal 765 cliënten een aansluiting op videocommunicatie hebben. Het betreft zowel cliënten die geclusterd wonen, bijvoorbeeld in aanleunwoningen van een zorgcentrum (ORG12), cliënten van een woonzorgcomplex (ORG5) of in een zorgcentrum (ORG20), als individuele aansluitingen van mensen die zelfstandig in de wijk wonen. Het aantal aangesloten cliënten per zorgorganisatie loopt uiteen van 10 tot 295 cliënten. Enkele organisaties bieden uitsluitend videocommunicatie aan cliënten met een zorgindicatie. Voor alle organisaties samen heeft iets meer dan de helft van de cliënten (n=424; 55%) een indicatie voor AWBZ-zorg. ORG5 richt zich meer op zogenaamde welzijnsklanten: zij hebben (nog) geen zorg nodig, maar ontvangen bijvoorbeeld psychosociale begeleiding vanwege eenzaamheidsproblematiek via videocommunicatie.

In elke monitorpeiling vragen we de managers aan te geven hoeveel aangesloten cliënten zij een jaar later denken te hebben. Managers zijn, zoals elke peiling het geval is, optimistisch over het (nieuwe) aantal aansluitingen voor videocommunicatie. Bijna alle ondervraagde managers verwachten eind 2009 een forse toename van het aantal cliënten met een aansluiting op een systeem voor videocommunicatie (zie tabel 3.1), namelijk rond de 1.500 aansluitingen. Ze maken hierbij wel de kanttekening voor de opschaling van het aantal aansluitingen en de zorglevering onder andere afhankelijk te zijn van de medewerking van het zorgkantoor.

#### *Telebegeleiding*

Telebegeleiding kan bestaan uit een apparaat met een klein beeldscherm, de zogenaamde Health Buddy, dat is aangesloten op de telefoon, waarmee diabetes- of COPD-clieënten (longziekte) op afstand kunnen worden begeleid en gemonitord. Telebegeleiding heeft als doel de patiënt met een specifieke aandoening te ondersteunen in het leren omgaan met zijn/haar ziekte en bij het aanpassen van zijn/haar leefstijl.

Tabel 3.2 Aantal cliënten telebegeleiding, en doelgroepen volgens managers (n=5)

Zorgorganisatie	ORG2	ORG5	ORG7	ORG13	ORG17
<i>Telebegeleiding sinds...</i>	2005	2003	2005	2007	2003
Aantal cliënten december 2008, waarvan:	10	54	51	67	74
- indicatie voor AWBZ-zorg	10 (100%)	54 (100%)	51 (100%)	deels*	74 (100%)
Verwachting aantal cliënten in december 2009	70	200	110	150	130
<i>Doelgroepen</i>					
Mensen met diabetes	Ja	-	Ja	-	Ja
Mensen met COPD	Ja	-	Ja	Ja	Ja
Mensen met hartfalen	Ja	Ja	Ja	-	Ja

\*een deel van de cliënten heeft (nog) geen indicatie voor AWBZ-zorg

Op de peildatum eind december 2008 (week 50) leveren vijf zorgorganisaties telebegeleiding aan in totaal 256 cliënten met diabetes, COPD of hartfalen. Bijna alle cliënten hebben een indicatie voor AWBZ-zorg (tabel 3.2). De managers verwachten dat het aantal cliënten, aan wie telebegeleiding wordt gegeven, in december 2009 fors toegenomen zal zijn: namelijk 660 cliënten.

## 3.2 Beoogde effecten

### *Videocommunicatie*

Bijna alle managers, die schriftelijk zijn ondervraagd, geven aan dat het ondersteunen van ouderen en mensen met een beperking om zo lang thuis te kunnen blijven wonen, een belangrijk beoogd effect is. In tabel 3.3 zijn de antwoorden van alle 21 deelnemende zorgorganisaties weergegeven, inclusief de twee organisaties op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Tabel 3.3 Belangrijkste beoogde effecten van videocommunicatie, volgens managers  
(meer antwoorden mogelijk)

Beoogde effecten	%	(N=21)
Ouderen en mensen met een beperking ondersteunen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen	95%	(n=20)
Opname in een verpleeg- of verzorgingshuis voorkómen of uitstellen	81%	(n=17)
Groter gevoel van veiligheid van cliënten	81%	(n=17)
Minder eenzaamheidsgevoelens bij cliënten	76%	(n=16)
Effectievere zorgverlening: met hetzelfde aantal professionals meer cliënten helpen	71%	(n=15)
Kosten verlagen doordat een deel van de zorg fysiek wordt geleverd en een ander deel via beeldcontact	62%	(n=13)
Ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg	52%	(n=11)
Minder belasting van de mantelzorgers	43%	(n=9)
Opname in een ziekenhuis verkorten	33%	(n=7)
Anders, namelijk vergroten en versterken van het sociale netwerk en lotgenotencontact	5%	(n=1)

Ook beogen managers dat opname in een verpleeg- of verzorgingshuis van cliënten kan worden voorkómen of uitgesteld en dat telebegeleiding kan leiden tot een vergroting van het gevoel van veiligheid van cliënten. Andere beoogde toekomstige effecten op organisatieniveau zijn het verlagen van de kosten doordat een deel van de zorg fysiek wordt geleverd en een ander deel via beeldcontact en het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg. Ondersteuning van de mantelzorgers is ook genoemd als beoogd effect van videocommunicatie.



### *Telebegeleiding*

Als het gaat om telebegeleiding beogen managers vooral het medicijngebruik van diabetes-, COPD-en hartfalencliënten effectiever te bewaken (monitoring) en cliënten actief te betrekken bij het managen van hun ziekte en leven (activering en zelfmanagement; tabel 3.4). Vermindering van de zorgconsumptie van cliënten (kostenreductie) is ook genoemd als belangrijk beoogd effect van telebegeleiding.

Tabel 3.4 Belangrijkste beoogde effecten van telebegeleiding, volgens managers  
(meer antwoorden mogelijk)

Beoogde effecten	%	(N=21)
Effectieve bewaking van medicijngebruik	48%	(n=10)
Vermindering van de zorgconsumptie	38%	(n=8)
Efficiënte activering van cliënten	33%	(n=7)
Verbeteren van gezondheid door trainen en coachen in zelfmanagement	29%	(n=6)

### **3.3 Bekendheid geven aan videocommunicatie en telebegeleiding**

#### *Videocommunicatie*

Thuiszorgorganisaties hanteren verschillende strategieën om potentiële cliënten te informeren over videocommunicatie. Zo hebben alle zorgorganisaties brochures over videocommunicatie ontwikkeld en verspreid, worden er berichten in het informatieblad van de thuiszorgorganisatie geplaatst, op de website van de thuiszorgorganisatie of een berichtje in een regionale krant. Een aantal thuiszorgorganisaties stuurt potentiële cliënten per post gerichte informatie toe over videocommunicatie; bij aantoonbare interesse van cliënten neemt een thuiszorgmedewerker telefonisch contact op. Een andere thuiszorgorganisatie benadert wooncomplexen, in samenwerking met een woonstichting, om informatie te verschaffen aan potentiële cliënten. Ook bespreken medewerkers van de thuiszorgorganisaties tijdens een intakegesprek met potentiële cliënten vaak, in het bijzijn van mantelzorgers, de mogelijkheden van videocommunicatie. Een vijftal managers geeft aan dat het wel eens voorkomt dat cliënten, die over Zorg op afstand hebben gehoord of gelezen, er zelf om vragen.

#### *Telebegeleiding*

Werving van cliënten die mogelijk gebruik kunnen maken van telebegeleiding (Health Buddy en TeleCOPD) gebeurt via mondelinge informatie van professionals: verpleegkundigen of verzorgenden van de thuiszorgorganisatie, relatiebeheerders teezorg of andere professionals zoals de huisarts, praktijkondersteuner, longverpleegkundige of transferverpleegkundige van het ziekenhuis of medisch specialist. Deze professionals gaan op bezoek bij cliënten en zijn/haar mantelzorger, als er sprake is van een zorgvraag. Ook worden potentiële cliënten gericht aangeschreven. Berichten in het informatieblad van de thuiszorgorganisatie is daarnaast een veelgebruikte manier om telebegeleiding onder de aandacht te brengen van cliënten. Ook het geven van presentaties op congressen en het bezoeken van gezondheidsbeurzen is genoemd als manier om telebegeleiding te promoten.



## 4 Organisatie van Zorg op afstand

In dit hoofdstuk staan de volgende onderzoeksvragen centraal.

Hoe is Zorg op afstand binnen de thuiszorgorganisaties georganiseerd:

- a. voor wat betreft de inrichting van de zorgcentrale (bereikbaarheid, aantal zorgcentralisten, protocollen en afspraken)?
- b. voor wat betreft het aanbod van Zorg op afstand (soorten zorg, diensten en producten, specifieke groepen cliënten, aantal uren fysieke zorg en aantal zorg via videocommunicatie of telebegeleiding)?
- c. voor wat betreft de samenwerking met andere partijen (opzetten, uitrol)?
- d. voor wat betreft de inbedding in de organisatie en in het reguliere zorgproces (implementatie, plannen voor de toekomst)?
- e. Welke ontwikkelingen in de tijd zijn waar te nemen voor wat betreft de onderwerpen die zijn genoemd in de voorgaande onderzoeksvragen, over de gehele monitorperiode (peilingen 2005 tot en met 2008)?

De informatie is gebaseerd op de schriftelijke vragenlijst onder managers van deelnemende zorgorganisaties en de urenregistratieformulieren.

### 4.1 Inrichting van de zorgcentrale

Om videocommunicatie te kunnen aanbieden speelt, naast de technische verbinding tussen cliënt en thuiszorgorganisatie, de inrichting van een zorgcentrale een belangrijke rol. Op de zorgcentrale komen de oproepen van cliënten binnen en vindt de eerste opvang en advisering plaats. De zorgcentrale zal 24 uur per dag bereikbaar moeten zijn en de zorgcentralisten zullen over verpleegkundige expertise moeten beschikken. Binnen de deelnemende organisaties speelt wel de discussie wanneer deze expertise nodig en/of gewenst is.

#### *24-uurs Bereikbaarheid*

Twee van de elf deelnemende thuiszorgorganisaties hebben, speciaal voor de videocommunicatie, een zorgcentrale opgezet en ingericht, waar de telefonische vragen en oproepen van cliënten binnen komen. De andere negen zorgorganisaties maken (deels) gebruik van de zorgcentrale van een andere thuiszorgorganisatie of van een bestaande zorgcentrale. Zeven deelnemende instellingen regelen de 24-uurs bereikbaarheid voor cliënten met videocommunicatie geheel zelf en vier instellingen maken voor de 24-uursbereikbaarheid gebruik van de zorgcentrale van een andere thuiszorgorganisatie of van een bestaande alarmcentrale of meldkamer.

#### *Aantal zorgcentralisten en opleiding*

Zowel tijdens als buiten kantooruren zijn doorgaans één tot drie zorgcentralisten

werkzaam; bij een grote zorgorganisatie zijn meerdere zorgcentralisten gelijktijdig werkzaam. De meeste zorgcentralisten hebben een verpleegkundige opleiding op HBO- of MBO-niveau. In een enkele thuiszorgorganisatie voert een verzorgende de functie van zorgcentralist uit, of heeft de zorgcentralist een andere relevante opleiding op HBO-niveau genoten.

#### *Geplande en niet-geplande contacten*

Bij alle deelnemende thuiszorgorganisaties blijken ook *niet-geplande* contacten tussen de cliënt en de zorgcentrale vóór te komen, dat wil zeggen dat van tevoren niet is afgesproken om op een bepaald moment contact te hebben. Deze contacten hadden dan vooral betrekking op zorg, veiligheid behoefte aan emotionele ondersteuning en sociaal contact.

Het aantal niet-geplande contacten varieert per thuiszorgorganisatie en ligt tussen de twee en 119 contacten in de maand december 2008. Niet- geplande contacten gaan meestal van de cliënt uit, bijvoorbeeld hij/zij wil even een praatje maken, voelt zich niet lekker, maakt zich zorgen over de eigen gezondheid of leefstijl of heeft behoefte aan emotionele ondersteuning. Bij één thuiszorgorganisatie nemen mantelzorgers van de cliënt ook wel eens contact op met de zorgcentrale. Dan betreft het vooral vragen over het ziekteverloop, medicatie en de zorgverlening aan de cliënt. Incidenteel neemt de wijkverpleegkundige ongepland contact op met de cliënt bijvoorbeeld om de medicijnname te monitoren. De *geplande* contacten van de zorgcentrale met de cliënt bestaan voornamelijk uit ‘goedemorgen- en goedenavond service’: op van tevoren afgesproken tijdstippen en dagen neemt de zorgcentralist dan contact op met de cliënt, om een praatje te maken of ter geruststelling. Het totaal aantal geplande contacten loopt uiteen van 60 tot 420 contacten in de maand december 2008.

#### *Protocollen en afspraken*

Voor kwalitatief goede zorg is het belangrijk dat duidelijke afspraken, in de vorm van protocollen of richtlijnen over triage worden gemaakt. Dit zijn afspraken over het doorverwijzen van cliënten naar andere hulpverleners en over de verantwoordelijkheden. Uit de antwoorden van de managers blijkt dat drie thuiszorgorganisaties protocollen of op schrift gestelde afspraken over triage hebben gemaakt. Het gaat dan om protocollen, die zelf zijn ontwikkeld op basis van ervaring met andere triage; deze voldoen, volgens de managers, aan bestaande kwaliteitsnormen.

## **4.2 Aanbod van diensten, producten en Zorg op afstand**

In tabel 4.1 is af te lezen welk scala van zorg, diensten en producten op afstand door de deelnemende zorgorganisaties wordt geleverd. We presenteren hier alleen de gegevens van de elf zorgorganisaties die in december 2008 daadwerkelijk Zorg op afstand leveren. Let op: het gaat hierbij om een *zorgarrangement*, dat wil zeggen een combinatie van zorg, diensten en producten op afstand, waarbij per cliënt een individueel pakket, afgestemd op zijn/haar behoefte, mogelijk is.

Volgens een vijftal managers accepteren niet alle potentiële gebruikers het aanbod Zorg op afstand, bijvoorbeeld omdat cliënten aangeven nog geen behoefte te hebben aan zorg,

vanwege fysieke beperkingen of omdat er weerstand bestaat bij cliënten voor ‘iets nieuws’ (onbekend maakt onbemind).

Tabel 4.1 Levering van diensten, producten en Zorg op afstand, volgens managers

Zorgorganisatie	%	(n=11)
<b>Gemaksdiensten</b>		
E-boodschappenservice	9%	(n=1)
E-spellen	27%	(n=3)
E-bestellingen	9%	(n=1)
E-agenda	18%	(n=2)
Telestuderen	0%	(n=0)
Telewinkelen	18%	(n=2)
Elektronisch bankieren	0%	(n=0)
Advies en bemiddeling van gemaksdiensten	18%	(n=2)
Anders, namelijk informatie over de wijk, spreekuur woningbouwvereniging, op doelgroep gerichte keuze van internetsites	27%	(n=3)
<b>Welzijnsdiensten</b>		
Boodschappendienst/maaltijdvoorziening	27%	(n=3)
Mankementservice, klussendienst	18%	(n=2)
‘Goedemorgen/goedenavond service’	64%	(n=7)
‘Goedebuurservice’ <sup>1</sup>	9%	(n=1)
Diabetesdagboek	0%	(n=0)
Hulpmiddelen	9%	(n=1)
Kerkdiensten	9%	(n=1)
‘Welzijnsknop’ (signaal aan de zorgcentrale dat alles in orde is)	9%	(n=1)
<b>Veiligheid- en/of bewakingsdiensten</b>		
Alarm- en/of zorgcentrale	91%	(n=10)
Cameratoezicht op één of op meer plekken in huis	45%	(n=5)
Personenalarmering	100%	(n=11)
Brandalarmering	36%	(n=4)
Inbraakalarmering	9%	(n=1)

*tabel 4.1 wordt vervolgd*

<sup>1</sup> De zorgcentrale treedt op als ‘goede buur’, is behulpzaam bij allerlei soorten vragen van cliënten, geeft adviezen en bemiddelt.

vervolg tabel 4.1

<b>Zorgorganisatie</b>	<b>%</b>	<b>(n=11)</b>
Bewaking bij afwezigheid	9%	(n=1)
Automatische deuropener op afstand	45%	(n=5)
Bewegingsdetectoren (valdetectie, dwaaldetectie)	27%	(n=3)
<b>Veiligheid- en/of bewakingsdiensten</b>		
Bloedwaardenmeter	0%	(n=0)
Verlichting aan/uit (sensoren)	9%	(n=1)
<b>Communicatiediensten</b>		
Beeldcommunicatie met de (klein)kinderen, mantelzorgers en familie	82%	(n=9)
Beeldcommunicatie met lotgenoten	73%	(n=8)
Beeldcommunicatie met de zorgcentrale	100%	(n=11)
Contact met welzijns- of zorgorganisatie	45%	(n=5)
Consult met de huisarts	0%	(n=0)
Consult met de specialist van het ziekenhuis	9%	(n=1)
Advies en instructie over leefstijl	45%	(n=5)
Activiteitencentrum/wijkcentrum	18%	(n=2)
Lokaal loket service	9%	(n=1)
Informatie en advies van de medewerker van de bank	0%	(n=0)
Instructieprogramma's voor mantelzorgers	18%	(n=2)
Anders, namelijk beeldcontact met de projectleider Domoticazorg en het team	9%	(n=1)
<b>Verzorging en/of verpleging<sup>2</sup></b>		
Verpleging basis	100%	(n=11)
Verpleging extra	91%	(n=10)
Gespecialiseerde verpleging	64%	(n=7)
Verpleging, Advies, Instructie en Voorlichting	82%	(n=9)
Persoonlijke verzorging basis	100%	(n=11)
Persoonlijke verzorging extra	91%	(n=10)
Persoonlijke verzorging speciaal	64%	(n=7)

tabel 4.1 wordt vervolgd

<sup>2</sup> Voor een deel gaat het hier om AWBZ-indicaties zoals die screen to screen worden geleverd volgens het indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

vervolg tabel 4.1

Zorgorganisatie	%	(n=11)
Ondersteunende begeleiding	73%	(n=8)
Activerende begeleiding	36%	(n=4)
Ongeplande zorg in noodgevallen (zorgopvolging)	82%	(n=9)
Attenderingsservice (geplande zorg op afgesproken tijden, bijvoorbeeld voor de inname van medicijnen)	91%	(n=10)
Periodieke controles	27%	(n=3)
Laten meekijken met diverse handelingen	27%	(n=3)
<b>Behandeling, verpleging en verzorging: cure gerelateerd</b>		
Telebegeleiding (diabetes, COPD, hartfalen)	45%	(n=5)
Monitoren van cliënten met speciale aandoeningen	18%	(n=2)
Televerpleegkundige zorg	18%	(n=2)

Uit tabel 4.1 wordt duidelijk dat het aanbod van arrangementen met Zorg op afstand zeer divers is en er dat er veel combinaties van diensten, producten en zorg mogelijk zijn. Het aanbod varieert van laagdrempelige gemak- en welzijnsdiensten, vooral voor mensen zonder indicatie voor AWBZ-zorg in de zogenaamde pre-care fase, naar veiligheids- en bewakingsdiensten tot het leveren van care en cure (verzorging, verpleging of behandeling) voor mensen met een indicatie voor AWBZ-zorg. Naast het leveren van verpleging en persoonlijke verzorging op afstand nemen de welzijnsdiensten en de mogelijkheden van videocommunicatie met familie, mantelzorgers en lotgenoten een steeds belangrijker plaats in.

#### 4.2.1 *Arrangementen met Zorg op afstand voor specifieke groepen cliënten*

De ervaring leert dat Zorg op afstand ook voor specifieke doelgroepen toepassingsmogelijkheden biedt, zoals mensen met diabetes, COPD, hartfalen of met dementie. In deze peiling is voor het eerst aan de managers gevraagd of hun thuiszorgorganisatie arrangementen voor specifieke doelgroepen aanbiedt. Drie managers hebben aangegeven een arrangement voor COPD-cliënten aan te bieden, maar deze arrangementen worden per zorgorganisatie anders ingevuld. Zo bestaat een arrangement voor cliënten met COPD bij ORG7 uit informatievoorziening en verpleegkundige begeleiding door gebruik van de Health Buddy (educatie en begeleiding). COPD-cliënten van ORG8<sup>3</sup> ontvangen dagelijks een vragenset over ziekte, leefstijl en preventie via de Health Buddy. Bij ORG13 worden cliënten met COPD gemonitord aan de hand van gevalideerde vragenlijsten die cliënten zelf invullen via de telefoon of via internet (telemonitoring). Er worden vragen gesteld over de gezondheid en in de mate waarin

<sup>3</sup> ORG8 levert op dit moment geen telebegeleiding, omdat de financiering nog onzeker is.

cliënten hinder ondervinden van COPD-gerelateerde klachten in het dagelijkse leven. Bij een gesignaleerd risico neemt de verpleegkundige contact op met de cliënt en/of andere zorgprofessionals. Ook kent deze thuiszorgorganisatie een module zelfmanagement voor mensen met COPD: cliënten worden gestimuleerd regelmatig een vragenlijst over hun gezondheid in te vullen en een longfunctiemeting uit te voeren. De cliënt kan de doorgestuurde antwoorden terugzien via een online-patiëntendossier; in dit eigen dossier wordt dan relevante informatie aangeboden. Indien nodig kan de cliënt ook gebruik maken van personenalarmering; de thuiszorgorganisatie gaat momenteel de mogelijkheden na voor een videoverbinding met de zorgcentrale.

Eén andere zorgorganisatie is gestart met de ontwikkeling van specifieke arrangementen voor allochtone cliënten en verstandelijk gehandicapten. Een voorbeeld van de ontwikkeling van een arrangement, specifiek voor mensen in de wijk is de woonservice gemeente (zie paragraaf 5.1) en PAL4 (zie paragraaf 5.3). Zo bestaat een arrangement voor mensen in de wijk bij ORG13 uit specifieke informatie over de wijk, algemene informatie over huishouden en gezondheid, ontspanning en videocontact met familie, kennissen en andere gebruikers van PAL4.

Binnen het KOALA-project<sup>4</sup> (zie ook paragraaf 5.2) zijn eveneens specifieke arrangementen ontwikkeld, zoals voor cliënten met astma, COPD, diabetes, hartfalen en cliënten met een CVA. Het arrangement omvat dan huisbezoeken, cursussen zoals 'Gezond leven', 'Stoppen met roken', 'Hart voor uw hart', 'Verder na een beroerte', individuele begeleiding van cliënten en mantelzorgondersteuning aan de hand van themabijeenkomsten.

#### 4.2.2 Geleverde fysieke zorg en screen to screen zorg

In deze paragraaf worden de door de managers verstrekte gegevens over de geleverde en de geïndiceerde zorg uiteengezet (tabel 4.2), waarbij het alleen gaat om cliënten met een videocommunicatiesysteem. Aan hen is gevraagd om per aangesloten cliënt in week 50, december 2008 de volgende gegevens te verstrekken:

- (a) óf en welke AWBZ-indicatie de cliënt heeft (in functies);
- (b) wat het geïndiceerde aantal uren/minuten zorg per week is (in klassen of dagdelen);
- (c) welke AWBZ-zorg ('verpleging', 'persoonlijke verzorging', 'ondersteunende begeleiding' of 'activerende begeleiding') feitelijk is geleverd;
- (d) hoeveel minuten/uren zorg per week feitelijk fysiek bij de cliënt thuis zijn geleverd;
- (e) hoeveel minuten/uren zorg per week screen to screen, via beeldcontact, zijn geleverd.

*Let op:* in tabel 4.2 zijn dus alleen de gegevens van de cliënten te vinden met wie op de peildatum in december 2008 daadwerkelijk contact via videocommunicatie (screen to screen) is geweest.

We kunnen concluderen dat het aantal cliënten met wie contact is geweest via videocommunicatie varieert per zorgorganisatie en uiteenloopt van vier cliënten bij

---

<sup>4</sup> Het KOALA-project is inmiddels gestopt, maar er wordt gewerkt aan een voortzetting elders.



ORG2 en ORG9 tot 94 cliënten bij ORG17. Het gaat hier alleen om de cliënten met een AWBZ-indicatie per thuiszorginstelling dat een aansluiting op videocommunicatie heeft (zie ook tabel 3.1).

De meeste cliënten met wie via videocommunicatie contact is geweest, hebben een indicatie voor verpleging en/of persoonlijke verzorging. Cliënten ontvangen tussen de tien minuten en bijna een uur per week screen to screen zorg via videocommunicatie (zie tabel 4.2). Daarnaast ontvangen cliënten fysieke zorg van de thuiszorgorganisatie, uiteenlopend van een kwartier tot ruim acht en een half uur per week.

Tabel 4.2 Overzicht van aantal cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg (functie) en aantal minuten geleverde fysieke zorg en screen to screen zorg (gemiddeld aantal minuten per cliënt, per week)

Zorgorganisatie	ORG2	ORG5	ORG6	ORG7	ORG9	ORG11	ORG12	ORG13	ORG17	ORG18	ORG20
<i>Screen to screen zorg, december 2008 (aantal cliënten) waarvan aantal cliënten met:</i>	N=4	N=65	N=18	N=24	N=4	N=18	N=12	N=58*	N=94	N=26	N=36
<i>Indicatie voor AWBZ-zorg</i>											
Verpleging	n=3	n=22	n=10	n=6	n=4	n=13	n=2	n=27	n=49	n=17	n=27
Persoonlijke Verzorging	n=3	n=39	n=14	n=9	n=1	n=18	n=2	n=6	n=61	n=24	n=8
Ondersteunende Begeleiding algemeen	n=4	n=5	n=3	n=2	-	n=7	-	-	n=24	n=6	n=5
Ondersteunende Begeleiding, in dagdelen	n=1	n=1	n=1	-	-	n=4	-	-	n=7	-	n=3
Activerende Begeleiding	-	n=1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Geleverde zorg</i>											
Gemiddeld aantal uren/minuten fysieke zorg per cliënt, per week	6 uur 14 minuten	6 uur 24 minuten	4 uur 17 minuten	4 uur 5 minuten	1 uur 17 minuten	6 uur 23 minuten	8 uur 30 minuten	16 minuten	3 uur 48 minuten	8 uur 37 minuten	2 uur 5 minuten
Gemiddeld aantal uren/minuten screen to screen zorg, per cliënt, per week	34 minuten	29 minuten	15 minuten	15 minuten	30 minuten	21 minuten	13 minuten	0 minuten	30 minuten	55 minuten	10 minuten

\* Een deel van de cliënten heeft (nog) geen indicatie voor AWBZ-zorg.

### 4.3 Samenwerking met andere partijen

Voor het opzetten, uitrollen en opschalen en leveren van Zorg op afstand is samenwerking van zorgorganisaties met andere partijen noodzakelijk. In tabel 4.3 zijn de antwoorden van de managers van alle deelnemende zorgorganisaties, die bezig zijn met het opzetten van Zorg op afstand in hun organisatie en/of daadwerkelijk leveren, weergegeven.

Tabel 4.3 Samenwerking van zorgorganisaties met andere instellingen en partijen op het gebied van Zorg op afstand

Arrangement met Zorg op afstand	Opzetten		Uitrollen en opschalen		Levering	
	%	(N=21)	%	(N=21)	%	(N=21)
Technische bedrijven	71%	(n=15)	57%	(n=12)	38%	(n=8)
Andere zorgaanbieders	38%	(n=8)	29%	(n=6)	38%	(n=8)
Zorgverzekeraars	0%	(n=0)	0%	(n=0)	19%	(n=4)
Woningbouwcorporaties	33%	(n=7)	33%	(n=7)	5%	(n=1)
Subsidiënten	23%	(n=7)	14%	(n=3)	5%	(n=1)
Gemeenten	0%	(n=0)	33%	(n=7)	14%	(n=3)
Provincies	14%	(n=3)	10%	(n=2)	10%	(n=2)
Kennisinstellingen	10%	(n=2)	19%	(n=4)	0%	(n=0)
Welzijnsinstellingen	29%	(n=6)	24%	(n=5)	10%	(n=2)
Commerciële partijen	14%	(n=3)	14%	(n=3)	5%	(n=1)
Serviceorganisatie	5%	(n=1)	5%	(n=1)	0%	(n=0)
Anders, namelijk patiëntenvereniging	5%	(n=1)	0%	(n=0)	0%	(n=0)
Anders, namelijk kerk	5%	(n=1)	0%	(n=0)	0%	(n=0)

Voor het opzetten van een arrangement met Zorg op afstand werken zorgorganisaties vooral samen met technische bedrijven, andere zorgaanbieders en woningbouwcorporaties. Deze partijen spelen ook een belangrijke rol bij het uitrollen en opschalen van Zorg op afstand. Voor het leveren van Zorg op afstand wordt samengewerkt met woningbouwcorporaties, zorgverzekeraars, gemeenten en met andere zorgaanbieders en welzijnsinstellingen. Incidenteel wordt subsidie verstrekt door provincies of door andere partijen, zoals het Transitieprogramma Langdurende Zorg van het Ministerie van VWS. Deelnemende zorgorganisaties maken gebruik van de Beleidsregel Zorginfrastructuur en Screen-to-screen van de NZa.

#### 4.4 Implementatie van Zorg op afstand

Invoering van Zorg op afstand heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg. Deze organisatie zal moeten worden aangepast, bijvoorbeeld omdat 24-uurs bereikbaarheid via een zorgcentrale nodig is, en geïntegreerd moeten worden in het bestaande zorgproces.

##### *Inbedding in de thuiszorgorganisatie*

In eerste instantie worden videocommunicatie en telebegeleiding als pilot en/of project opgestart in de zorgorganisatie, om vervolgens onderdeel te gaan uitmaken van de reguliere zorg. Een aantal organisaties verkeert nog in de experimenteerfase (zie tabel 2.1) en gaat op korte termijn de eerste cliënten aansluiten op een videonetwerk. Ze zijn, volgens de managers, gestart met een enthousiast team van medewerkers, dat zich speciaal gaat toeleggen op Zorg op afstand.

De thuiszorgorganisaties die al langere tijd Zorg op afstand aanbieden (zie tabel. 2.1), zijn volop bezig met de implementatie ervan binnen de organisatie; volgens de managers vergt de implementatie wel voortdurend aandacht. Zo heeft één thuiszorgorganisatie een aparte afdeling Telezorg opgericht, die belast is met de uitrol en de verdere ontwikkeling van Zorg op afstand. Deze afdeling bestaat uit relatiebeheerders, die de dienstverlening van Zorg op afstand ‘vermarkten’ en meedenken over de verdere ontwikkeling.

Een aantal managers ervaart weerstanden van verpleegkundigen binnen hun thuiszorgorganisatie, omdat medewerkers van mening zijn dat de techniek niet gebruiksvriendelijk is of dat de privacy van cliënten geschaad wordt. Eén thuiszorgorganisatie geeft aan om die reden voor een andere strategie gekozen te hebben om Zorg op afstand te promoten: meer gericht op de omgeving van de cliënt (kinderen, huisarts, verwijzers) om op die manier de vraag vanuit de markt te kunnen stimuleren. Van de andere kant staat de ‘implementeertijd’ van medewerkers voortdurend onder druk door bezuinigingen van de thuiszorgorganisatie en vanwege problematische financiering van Zorg op afstand, aldus een ondervraagde manager.

##### *Inbedding in het reguliere zorgproces*

Zorg op afstand is bij twee thuiszorgorganisaties, die al langer Zorg op afstand leveren, volledig ingebed in het reguliere zorgproces (ORG5 en ORG6). Zo zijn de werkprocessen aangepast, zijn diverse protocollen en procedures met betrekking tot Zorg op afstand beschreven en opgenomen in het kwaliteitssysteem. Zorg op afstand is onderdeel van het primaire zorgproces en ingebed in het zorgdossier.

Ook wordt er door één thuiszorgorganisatie gewerkt met een integraal zorgteam en zijn zowel de geplande afspraken via videocommunicatie als de alarmopvolging een structureel onderdeel van de werkzaamheden van medewerkers.

De andere zorgorganisaties geven aan dat ze pas net een begin hebben gemaakt met de inbedding van Zorg op afstand in het reguliere zorgproces, bijvoorbeeld door de introductie van aandachtsfunctionarissen per team op het terrein van Zorg op afstand of door extra inzet van een thuiszorgteam. Enkele managers geven aan dat wordt ‘afgetast’ welke werkprocessen nog ontwikkeld moeten worden; wel is duidelijk dat de inhoud van de zorg verandert: zo vermindert bijvoorbeeld het aantal huisbezoeken en krijgt het huisbezoek een andere inhoud, namelijk meer begeleidend van aard.

#### *Plannen voor de toekomst*

Alle managers van thuiszorgorganisaties die eind 2008 daadwerkelijk Zorg op afstand leveren aan cliënten, geven aan door te willen gaan op de ingeslagen weg. Dat houdt in dat Zorg op afstand verder wordt ingebed in de organisatie en dat er plannen worden ontwikkeld om het aantal aansluitingen van cliënten voor videocommunicatie verder uit te breiden. Ook het uitbreiden van het aanbod van Zorg op afstand, bijvoorbeeld met comfortdiensten en de ontwikkeling van een gemakkelijker en goedkoper systeem voor videocommunicatie ('plug and play') liggen in de planning.

## **4.5 Vergelijking met eerdere peilingen**

In deze paragraaf vergelijken we de resultaten van deze monitorrapportage op onderdelen met de uitgebreide peilingen in 2005 (Bos et al., 2005) en 2007 (Peeters et al., 2008) en met de eerdere beperkte peilingen (Bos et al., 2006; Peeters & Francke, 2007).

#### *Aantal zorgorganisaties dat Zorg op afstand aanbiedt*

Het aantal thuiszorgorganisaties dat daadwerkelijk aangesloten cliënten heeft, groeit langzaam maar zeker: van zes organisaties in november 2005 en in 2006, acht organisaties in 2007 en elf organisaties in december 2008. Het totaal aantal aangesloten cliënten is in vergelijking met de peiling van eind 2007 echter ongeveer gelijk gebleven, namelijk 1.125 cliënten in 2007 en 1.021 cliënten in 2008 (hiervan hebben 765 cliënten een aansluiting op een videonetwerk en 256 cliënten ontvangen telebegeleiding). Dat het aantal cliënten met Zorg op afstand niet is toegenomen, valt te verklaren uit het faillissement begin 2009 van een grote zorgorganisatie, waardoor de voortgang van de drie verschillende systemen voor videocommunicatie onzeker is. Ook een andere grote thuiszorgorganisatie, waarbij massaontslagen dreigen, heeft aangegeven te zijn gestopt met het aanbieden van telebegeleiding aan cliënten (Health Buddy) als gevolg van onzekerheid over de financiering ervan.

Toch blijven de ondervraagde managers optimistisch over de toekomst van Zorg op afstand. Ze verwachten in december 2009 veel meer cliënten te kunnen bedienen via videocommunicatie en/of telebegeleiding: het totaal aantal cliënten met een aansluiting op een videonetwerk in 2009 wordt geschat op ongeveer 1.500 en voor telebegeleiding ligt het geschatte aantal cliënten op 660.

#### *Beoogd effect van Zorg op afstand*

Managers van zorgorganisaties noemen, net zoals in de vorige peilingen, het ondersteunen van ouderen en mensen met een beperking om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen, als belangrijkste beoogd effect van videocommunicatie. Dat de invoering van videocommunicatie kan leiden tot het langer zelfstandiger en veiliger thuis wonen, blijkt uit de vorige monitorrapportage (Peeters et al., 2008): 71% van de cliënten is van mening dat zijn/haar gevoel van veiligheid is toegenomen en een derde (32%) ervaart dat de zelfstandigheid is toegenomen sinds het gebruik van videocommunicatie. Als het gaat om telebegeleiding beogen managers de gezondheid van diabetes-, COPD- en hartfalencliënten te verbeteren, door hen te trainen en te coachen in zelfmanagement, door effectieve bewaking (monitoring) van medicijngebruik en efficiënte activering van

cliënten. De gegevens uit de eerdere monitorrapportage (Peeters et al., 2008) laten zien dat een derde van de cliënten (32%) vindt dat telebegeleiding er toe heeft geleid dat zij zich veiliger voelen en een kwart van de cliënten (25%) is van mening zichzelf beter te kunnen redden in het dagelijkse leven (zelfredzamer) dankzij telebegeleiding.

### *Doelgroepen*

Net zoals dat bij alle eerdere peilingen het geval was, maken niet alleen cliënten met een indicatie voor ‘verpleging’ of ‘persoonlijke verzorging’, maar ook cliënten zonder indicatie voor AWBZ-zorg gebruik van videocommunicatie. In 2006 had 62% van de cliënten een indicatie voor AWBZ-zorg voor ‘verpleging’ en/of ‘persoonlijke verzorging’, in 2007 was dit percentage 50% en in de peiling van eind 2008/begin 2009 bedraagt het percentage cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg iets meer dan de helft (55%).

Gaandeweg richten thuiszorgorganisaties (waaronder een grote zorgaanbieder, ORG5) zich in toenemende mate op cliënten zonder zorgindicatie. Een reden hiervoor is dat het aantal cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg, dat gebruik wil maken van een aansluiting op videocommunicatie, achter blijft bij de verwachtingen. De praktijk wijst namelijk uit dat het beter werkt om zelfredzame ouderen, naast een videoverbinding, een breed pakket van diensten aan te bieden, zoals allerlei domotica (personenalarmering) en welzijns- en gemaksdiensten. Het voordeel voor ouderen is, volgens managers, dat ze al aan de techniek gewend zijn op het moment dat ze verpleging of persoonlijke zorg nodig hebben, en de drempel om beeldcontact te maken met de medewerker van de zorgcentrale, minder groot is. Tevens verwachten managers dat de toename van het aantal sociale contacten met anderen (familie, buurtgenoten) ertoe leidt dat ouderen zich minder eenzaam voelen en de kwaliteit van leven toeneemt.

Voor het opzetten, het uitrollen en opschalen en de levering van videocommunicatie wordt, net zoals in de voorgaande jaren, door alle thuiszorgorganisaties samengewerkt met een groot aantal partijen, zoals technische bedrijven, andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars, woningbouwcorporaties en kennis- of welzijnsinstellingen. De zorgcentrale voor videocommunicatie is bij de meeste thuiszorgorganisaties geïntegreerd in (de al bestaande of nieuw ingerichte) zorgcentrale. Bijna alle zorgcentralisten hebben, net zoals de afgelopen peiling het geval was, een verpleegkundige opleiding op HBO-niveau.

In vergelijking met de laatste peiling in 2007 zien we dat Zorg op afstand in enkele organisaties de pilotfase voorbij is: twee organisaties die al langer met Zorg op afstand bezig zijn, heeft deze manier van zorgverlening volledig geïntegreerd in het reguliere zorgproces. Zo zijn de werkprocessen aangepast, protocollen ontwikkeld en maakt Zorg op afstand onderdeel uit van het kwaliteitshandboek.

Ook het aanbod van diensten, producten en Zorg op afstand is, in vergelijking met eerdere peilingen, uitgebreid met welzijns- en gemaksdiensten en varieert per zorgorganisatie. In 2007 was het aanbod van diensten nog voornamelijk beperkt tot verpleging, psychosociale begeleiding en goedemorgen en goedenavond services; bij een enkele thuiszorgorganisatie behoorde videocontact met familie en naasten in 2007 tot de

mogelijkheden. In de peiling van eind 2008/begin 2009 zien we dat nog steeds de meeste zorgorganisaties vooral personenalarmering, verpleging en psychosociale begeleiding aanbieden, maar dat het videocontact met familie en naasten (nu in negen organisaties mogelijk) en met lotgenoten (nu in acht organisaties mogelijk) is uitgebreid. Ook is het aanbod uitgebreid met gemaksdiensten, zoals het aanbieden van informatie over de wijk en ontspanning.





## 5 Verbreding en verdieping

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag hoe de verbreding en verdieping van arrangementen met Zorg op afstand verloopt.

De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op de kwalitatieve interviews met een manager van ZuidZorg, een manager van Meavita en de directeur van PAL4, samen met de manager van een thuiszorgorganisatie, mede-initiatiefnemer van PAL4.

In eerdere monitorrapportages is naar voren gekomen (Grin et al., 2008; Peeters et al., 2008) dat verbreding en verdieping belangrijke voorwaarden zijn om tot opschaling van Zorg op afstand te komen. Onder *verdieping* wordt verstaan: beter en dieper kijken naar de behoeften, de vragen en wensen van specifieke doelgroepen, zoals cliënten met diabetes, en naar de zorg en overige diensten die op afstand kunnen worden verleend. Met *verbreding* bedoelen we het opstellen en uitvoeren van brede arrangementen met tal van diensten en producten op het gebied van Zorg op afstand voor grotere groepen cliënten. Niet alleen het Netwerk Zorg op afstand als geheel, maar ook ZuidZorg en Meavita maken als koplopers binnen het netwerk, deel uit van het Transitieprogramma Langdurende Zorg van het Ministerie van VWS. ZuidZorg is bezig met de ontwikkeling van brede zorgarrangementen met videocommunicatie binnen een woonservice gemeente (paragraaf 5.1) en Meavita is inmiddels gestopt met de ontwikkeling van zorgarrangement voor mensen met COPD, hartfalen en diabetes (paragraaf 5.2). In paragraaf 5.3 beschrijven we PAL4 (Personal Assistent for Life) dat kan worden opgevat als voorbeeld van een breed toepasbaar Internetcommunicatiesysteem, dat wordt ontwikkeld vanuit de behoefte en de vraag van cliënten.

### 5.1 Verbreding naar arrangementen binnen een woonservice gemeente

#### *Achtergrond*

ZuidZorg, een grote zorgaanbieder in Eindhoven en omstreken, is één van de pioniers als het gaat om Zorg op afstand en onderscheidt zich binnen Nederland door innovatie op het gebied van ICT en zorg. Inmiddels maken eind 2008 bijna 300 cliënten gebruik van de technologie van VieDome (videocommunicatie) en nog eens 85 cliënten staan begin 2009 op de wachtlijst om aangesloten te worden op het systeem. Het gaat hierbij zowel om seniorencomplexen als om individuele aansluitingen. De focus in 2008 lag op de verdere integratie in de zorgprocessen. Door aanpassingen in de structuur, de werkzaamheden en functies binnen de reguliere teams van verzorgenden en verpleegkundigen en een duidelijke positionering binnen de zorgcentrale, is het gelukt om een toenemend aantal aanmeldingen te krijgen voor Zorg op afstand.

Daarnaast is een groot aantal cliënten (13.000) voor personenalarmering, via de televisie of de halsdrager, aangesloten op de zorgcentrale van ZuidZorg. Leden van de

serviceorganisatie PuntExtra - een initiatief van woningcorporaties en zorgorganisaties, waaronder ZuidZorg - kunnen via dezelfde zorgcentrale terecht voor allerlei diensten op het gebied van extra zorg, persoonlijk comfort, wonen, voorlichting en begeleiding, zoals klussendienst, maaltijden thuis, kapper en pedicure aan huis, boodschappenservice en tuinonderhoud.

Tegelijkertijd zijn er plannen ontwikkeld om VieDome fasegewijs op te schalen in een nieuwe woonservice gemeente Geldrop-Mierlo met ongeveer 38.000 inwoners (ActiZ, Meavita Nederland en ZuidZorg, 2007). Het plan was te starten met een proef van 250 abonnees van de woonservice gemeente Geldrop-Mierlo met de mogelijkheid voor nog eens 250 aansluitingen bij andere gemeenten.

De gemeente Geldrop-Mierlo, Mextal (technisch bedrijf), Rabobank, Puntextra en ZuidZorg werken samen om VieDome toe te passen en verder uit te bouwen. Het doel is inwoners van de woonservice gemeente 'op maat' te ondersteunen vanuit een breed dienstenpakket, zodat zij langer zelfstandig thuis kunnen wonen en midden in de samenleving blijven staan. Hiervoor was het volgende nodig:

1. Afstemming van zowel het zorgaanbod, als van de procedures en processen in de zorg, evenals de organisatie (bijvoorbeeld logistiek) van de zorg.
2. Een marketingplan, waarbij een intern en extern promotieplan een belangrijk onderdeel vormen.
3. Het wegnemen van bestaande belemmeringen, die het organiseren van de zorg en dienstverlening bemoeilijken of verhinderen.

#### *Ontwikkeling*

Het project is gestart met een inventarisatie van publicaties en behoeftepeilingen, zowel gemeentelijk (gemeente Geldrop-Mierlo, PuntExtra) als landelijk (Peeters, et al., 2007) waarin is achterhaald van welke diensten mensen die zelfstandig wonen veelvuldig gebruik maken en aan welke extra diensten ze behoefte hebben. Tevens is binnen de projectgroep vastgesteld welke diensten er binnen de woonservice gemeente Geldrop-Mierlo wenselijk en haalbaar zijn. Op basis van dit onderzoek is een aansprekend dienstenpakket ontwikkeld, zodat zoveel mogelijk zelfstandig wonende mensen van de gemeente deel gaan nemen aan de woonservice gemeente. Abonnees kunnen voor €17,95- per maand kiezen voor een basisabonnement via de televisie. Met een internetabonnement zijn ook diensten toegankelijk en kunnen deelnemers op de nieuwssite informatie lezen over de gemeente Geldrop-Mierlo. Via het "prikbord" kunnen ze in contact komen met andere abonnees of spelletjes doen. Het basisabonnement biedt naast bovengenoemde mogelijkheden beeldcontact met drie verschillende leveranciers: 'Loket van A tot Z' van de gemeente Geldrop-Mierlo, ZuidZorg en het Adviescentrum van PuntExtra. Daarnaast zijn de volgende, aanvullende diensten via de televisie optioneel:

- beeldcommunicatie met de kinderen, familie en mantelzorg (via beeld en geluid);
- videocommunicatie met de informatiebalie van de zorgaanbieder Ananz voor informatie over welzijnsactiviteiten;
- zorgconsulent PuntExtra: een vaste contactpersoon voor alle vragen over wonen, zorg en welzijn in de gemeente Geldrop-Mierlo.
- inbraak- en/of brandsignalering door het plaatsen van verschillende melders in de

- woning (in geval van inbraak of brand gaat er een melding naar de zorgcentrale).
- welzijnsknop: door het indrukken van deze knop geven abonnees, op een afgesproken tijdstip, een signaal aan de zorgcentrale dat alles in orde is. Als de zorgcentrale niets hoort, nemen zij contact op met de cliënt en/of schakelen contactpersonen in.
- personenalarmering: met één druk op de knop (via de televisie of een halsdrager) kan de zorgcentrale worden gewaarschuwd. De zorgcentrale neemt contact met de contactpersoon die een sleutel van de woning heeft.
- attenderingsservice: een verzorgende van de zorgorganisatie neemt op afgesproken tijdstippen contact op voor de inname van medicijnen of andere afspraken. Indien de abonnee dat wenst, maakt de verzorgende beeldcontact en kijkt mee.

Daarnaast zijn aanvullende diensten mogelijk zoals centrale deurontgrendeling, deurvideo, centrale gasbewaking, nachtroueverlichting en andere domoticavoorzieningen. Of extra dienstverlening op het gebied van zorg zoals de nachtcontrole door een verpleegkundige op afstand.

Na het vaststellen van het dienstenpakket is een frontoffice en backoffice van de gemeente Geldrop-Mierlo georganiseerd, waarbij de coördinatie en afstemming tussen alle betrokken partijen een belangrijk aandachtspunt is. Ook is bekeken welke technologische ontwikkelingen in het kader van het dienstenpakket en/of de organisatie noodzakelijk zijn.

Vervolgens is een communicatieplan opgesteld om alle zelfstandig wonende ouderen van de gemeente te informeren over de woonservice gemeente. Zo is er een folder gemaakt met uitgebreide informatie over het dienstenaanbod en een introductieaanbieding voor abonnees.

### *Resultaten*

De belangstelling voor informatie over de woonservice gemeente, waarbij inwoners ‘op maat’ worden ondersteund vanuit een breed dienstenpakket, zodat zij langer zelfstandig thuis kunnen wonen en midden in de samenleving blijven staan, was enorm. Naar aanleiding van de publiekscampagne hebben zo’n 500 mensen, via een aanmeldkaart, aangegeven meer informatie te willen ontvangen over de woonservice gemeente Geldrop-Mierlo. Vervolgens zijn drie voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd, waarna ongeveer 200 geïnteresseerden om een aanbod hebben gevraagd via een antwoordkaart.

Ondanks deze overweldigende belangstelling zijn uiteindelijk slechts 25 nieuwe abonnees aangesloten op de woonservice gemeente. Volgens de geïnterviewde manager bestaat er wel degelijk interesse en behoefte aan een breed dienstenaanbod van mensen die zelfstandig wonen. Een veel gehoorde reactie van geïnteresseerden om geen gebruik te maken van de woonservice gemeente, is dat ze het fijn vinden om op de hoogte te zijn van deze nieuwe ontwikkeling en het dienstenaanbod, maar tegelijkertijd geven ze aan dat het voor hen zelf ‘nog te vroeg is’ om er daadwerkelijk gebruik van te maken omdat ‘ze nog geen zorg nodig hebben’. Waarschijnlijk heeft, aldus de geïnterviewde manager, deelname van zorginstellingen (ZuidZorg en Ananz) aan het project bijgedragen aan de beeldvorming dat het om zorg gaat, ook al speelt de gemeente Geldrop-Mierlo een belangrijke rol in het project, bijvoorbeeld bij het voorzitten van de voorlichtingsbijeenkomsten. Er is nog geen zicht op de ervaringen van de abonnees van

de woonservice gemeente; daar is het nog te vroeg voor.

### *Voortgang*

Momenteel vindt binnen het projectteam een evaluatie van de promotieactiviteiten plaats en wordt nagegaan wat er kan worden veranderd of verbeterd op het gebied van de communicatie naar de doelgroep. Vanuit bestaande netwerken in Geldrop-Mierlo wordt samen met de deelnemers gekeken wat voor hen de meerwaarde kan zijn bij het toepassen van dit concept. Om meer gezicht aan de woonservice gemeente te geven wordt gedacht aan een tour door de gemeente Geldrop, bijvoorbeeld in winkelcentra en de bibliotheek. Op deze wijze kan men via beeldcontact daadwerkelijk ervaren wat het dienstenaanbod van de woonservice gemeente inhoudt. Dit is dan niet alleen gericht op de doelgroep senioren, maar vooral ook gericht op de generatie daarvoor. Uit andere projecten bleek vooral ‘het zelf ervaren’ een kritische succesfactor te zijn.

De samenwerkende partijen van de woonservice gemeente (de gemeente Geldrop Mierlo, PuntExtra, ZuidZorg, Ananz en VieDome) geloven in de meerwaarde van de aangeboden ondersteuning voor senioren die zelfstandig wonen. De gemeente Geldrop-Mierlo vindt het van belang om de voorgenomen diensten en service te realiseren om hun burgers daar waar nodig te ondersteunen. Zij zien daar voor zichzelf een regierol in om dit op een goede manier te communiceren naar de inwoners van hun gemeente.

Vanuit de projectpartners wordt gewerkt aan nieuwe dienstverlening. Zo zijn er, volgens de geïnterviewde manager, concrete plannen om het dienstenaanbod van PuntExtra uit te breiden met algemene informatie over voeding en bewegingscoach. De plannen voor de toekomst zijn het op grotere schaal aanbieden van deze diensten op afstand. Daarvoor is het een voorwaarde dat niet alleen de meerwaarde van deze diensten ervaren wordt, maar er ook een grotere praktijkervaring ontstaat die de (maatschappelijke) businesscase nog beter inzichtelijker en daardoor sterker maakt, aldus de manager van ZuidZorg.

## **5.2 Verdieping van arrangementen voor specifieke groepen cliënten**

### *Achtergrond*

Op het gebied van innovatie speelde Meavita een voortrekkersrol in Nederland. Meavita had tot voor kort, verspreid over Nederland, als één van de eerste zorgorganisaties, drie initiatieven op het gebied van Zorg op afstand: Telesens, TVfoon en KOALA<sup>1</sup>. We beschrijven hier alleen het project ‘Mijn Gezondheid’ ter illustratie van hoe verdieping

---

<sup>1</sup> KOALA staat voor Kijken Op Afstand, een Leerzaam Alternatief. Voor een evaluatie van Koala telecare en telecure verwijzen we naar het onderzoeksrapport van de Rijks Universiteit Groningen (Boonstra et al; 2008). De Stichting Koala was een gemeenschappelijk advies van Stichting Menzis Beheer, Stichting Sensire/Thuiszorg Groningen en KPN Telecom BV. In maart 2009 heeft KOALA besloten, op het gebied van Zorg op afstand (telemonitoring/telemedicine), een doorstart te maken in Oost-Groningen en te gaan samenwerken met het technisch bedrijf Intel. In deze samenwerking zal Intel gaan fungeren als ‘technologie en kennispartner’ en KOALA als ‘telehealth provider’. Op dit moment worden, mede vanwege het faillissement van de thuiszorgorganisatie, alleen de bestaande cliënten Zorg op afstand ondersteund en worden geen nieuwe cliënten meer aangesloten. Een algemene conclusie die, op basis van de ervaringen van de initiatiefnemers, kan worden getrokken is dat Koala is een risicovol project is gebleken. Allereerst is Zorg op afstand een ontwikkeling, die moeizaam van de grond komt. Zorg op afstand heeft zeker meerwaarde voor diverse doelgroepen (care en cure); van de andere kant zijn de wensen en behoeften van deze doelgroepen uiteenlopend, waardoor de complexiteit toeneemt. Innovatiegelden zullen voorlopig nodig zijn om Zorg op afstand verder van de grond te krijgen en te implementeren.

van Zorg op afstand voor specifieke groepen cliënten van Meavita heeft plaatsgevonden en welke ervaringen hiermee zijn opgedaan.

‘Mijn Gezondheid’ is een applicatie op de TVfoon en richt zich op mensen met diabetes, COPD en hartfalen. Cliënten kunnen via hun eigen televisie en internet een beeldverbinding tot stand brengen met de wijkverpleegkundige. De werving van cliënten gebeurt via wijkverpleegkundigen van Meavita, door de huisarts en de specialist van het ziekenhuis. In het projectplan (ActiZ, Meavita Nederland en ZuidZorg, 2007) staat vermeld dat de ambitie van Meavita Nederland om eind 2009 4.500 cliënten voor dit project te bereiken. Hiervoor was het volgende nodig:

- realisatie van de programma’s diabetes, COPD en hartfalen als applicatie op de TVfoon;
- aanpassing van de primaire processen in de uitvoering op het callcenter bij Meavita;
- realisatie van twee pilots per doelgroep (diabetes, COPD, hartfalen) met huisartsen en ziekenhuizen inclusief de aanpassing van primaire processen en de regie in de zorgketen;
- inzicht in de effecten van de inzet van de TVfoon en applicaties.

De verwachting van het project was dat de regie en zelfmanagement van de cliënt toenemen, dat de zorgketen gezamenlijk het aanbod van chronisch zieken beter aan kan en dat het mogelijk is meer cliënten te helpen met hetzelfde aantal wijkverpleegkundigen. De verwachting is dat, door de toename van het zelfmanagement, cliënten langer zelfstandig kunnen blijven wonen, dat kosten worden verminderd door een ziekenhuisopname uit te stellen of complicaties te voorkomen (preventie) en dat de kwaliteit van zorg worden verbeterd (monitoring).

#### *Ontwikkeling*

De applicatie ‘Mijn Gezondheid’ op de TVfoon was bij 109 chronisch zieke cliënten geïnstalleerd:

- (1) mensen in een vroeg stadium van diabetes, die thuis wonen en in behandeling zijn van de huisarts;
- (2) cliënten met hartfalen, die thuis wonen en gemonitord worden door de hartspecialist van het ziekenhuis;
- (3) cliënten met COPD (longziekte), die thuis wonen en in behandeling zijn bij een longarts van het ziekenhuis.

Via telebegeleiding worden cliënten geattendeerd op het innemen van hun medicijnen, geholpen met het structureren van de dag en het leveren van ongeplande zorg, bijvoorbeeld als cliënten zich ongerust maken over hun gezondheid. Telebegeleiding biedt ook mogelijkheden ter ondersteuning bij zelfmanagement en bij de bevordering van een gezonde leefwijze. Zo vullen cliënten dagelijks via een digitaal diabetesdagboek ‘Mijn gezondheid’ een vragenlijst in over hun ziekte en over hun leefstijl. De antwoorden op deze vragen worden elke dag bekeken door een verpleegkundige. Als de antwoorden buiten de regionaal door artsen en verpleegkundigen afgesproken bandbreedte komen, dat wil zeggen als het programma een ‘rode vlag’ aangeeft (duidt op mogelijk risico), neemt de verpleegkundige van Meavita telefonisch contact op met de cliënt. Ook zorgt het teleconsult tussen verpleegkundigen en cliënten ervoor dat cliënten minder vaak een controlebezoek hoeven te brengen aan de polikliniek van het ziekenhuis.

### *Resultaten*

Het project 'Mijn Gezondheid' ligt sinds eind 2008 stil in verband met het defusieproces en faillissement van Meavita. Dit project sloot aan bij de behoeften van specifieke cliëntgroepen met een chronische ziekte. Op grond van de resultaten van het project en de voordelen voor de cliënten, mag het als een succes worden beschouwd, ook al gaat het hierbij om weinig aansluitingen en relatief hoge investeringskosten. Eerdere peilingen (Peeters et al., 2008) laten namelijk zien dat cliënten (N=34) zich veiliger voelen en dat hun zelfredzaamheid is toegenomen. Verpleegkundigen die ervaring hebben opgedaan met telebegeleiding (N=7) zijn enthousiast over deze manier van ondersteuning van cliënten en zorgverlening. Verder zijn er indicaties dat kostenbesparing mogelijk is door het besparen op reistijd van de verpleegkundigen en het verminderen van het aantal controlebezoeken van cliënten aan het ziekenhuis. Tot slot is ervaring opgedaan met andere spelers in de zorgketen, zoals huisartsen en longartsen van het ziekenhuis. Het project Meavita is van belang voor de ontwikkeling van Zorg op afstand omdat het laat zien op welke manier specifieke groepen cliënten (beter) bediend en ondersteund kunnen worden met Zorg op afstand. De geïnterviewde manager van Meavita geeft aan dat het een verdienste is dat Zorg op afstand is geïnitieerd en op de kaart gezet in Nederland. Het tijdstip was er rijp voor, er is een effectieve lobby gevoerd en er is een dialoog op gang gebracht over de zorg in de toekomst. Er zijn echter nog weinig 'harde bewijzen' voor de effecten van telebegeleiding bij grote groepen cliënten (doelgroepen) en verpleegkundigen en voor de kosteneffectiviteit. Ook is er een aantal factoren aan te wijzen die er toe hebben geleid dat telebegeleiding door Meavita op minder grote schaal wordt toegepast dan verwacht, zo is de ervaring van de geïnterviewde manager. Een faalfactor was dat het concept Zorg op afstand te breed was en dat er (te) veel tijd en energie is gestoken in de ontwikkeling van de techniek. Verder is er veel tijd nodig om verpleegkundigen te trainen en enthousiast te maken voor deze manier van zorg, het product Zorg op afstand verder te ontwikkelen en te vermarkten, en die tijd ontbrak. Van de andere kant is er veel kennis gebundeld en ervaring opgedaan met het verlenen van Zorg op afstand.

### *Voortgang*

De geïnterviewde manager van Meavita geeft aan in de toekomst verder te willen gaan met de ketenzorg hartfalen, in samenwerking met de tweedelijnszorg, en op zoek te gaan naar nieuwe vormen van Zorg op afstand die passen binnen de huidige (financiële) kaders.

## **5.3 Internetplatform door PAL4**

### *Achtergrond*

Bij veel projecten, die de laatste jaren zijn opgestart om te kijken of videocommunicatie mensen kan ondersteunen zodat ze langer zelfstandig kunnen blijven wonen, draaide het om de techniek, terwijl het juist om de cliënt en de voor hem/haar benodigde dienst- en zorgverlening zou moeten gaan (Dohmen et al., 2008). Focus Cura, een project- en installatiebureau voor technologie in wonen, welzijn en zorg, besloot in 2006 samen met zorginstellingen Aveant, Zorggroep Utrecht-West, Zorggroep Zuid-Gelderland en Opella

dat daar verandering in moest komen en zij startten PAL4, dat staat voor Personal Assistent for Living.

PAL4 is een inhoudelijk gedreven Internetplatform met als missie ‘domotica en Zorg op afstand een gezicht te geven door het ontwikkelen van diensten en deze breed beschikbaar te stellen in gezamenlijke ontwikkeling met klanten’ (zie: [www.pal4.nl](http://www.pal4.nl)). Door gebruik te maken van ‘open standaarden’, gepatenteerde videotechniek (grootschalig toegepast in de beveiligingswereld) en van eigen ontwikkelingen, heeft PAL4 een totaalconcept ontwikkeld, waarbij ook nieuwe producten en/of diensten van verschillende technische leveranciers geïntegreerd kunnen worden.

### *Ontwikkeling*

PAL4 bestaat uit een centrale database, centrale meldkamerservice en internetplatform voor het ontsluiten van verschillende diensten. PAL4 is bedienbaar via de televisie, touch screen of eigen computer en biedt mogelijkheden voor videocommunicatie, informatie, ontspanning, domotica en zorg op afstand. Via fotoknoppen zijn functies mogelijk zoals videocommunicatie met familie, buurtgenoten of zorgverlener en een Persoonlijke Assistent voor het Leven. Hierin zijn diensten te vinden zoals spelletjes, wijknieuws en activiteiten, zoals het dagelijkse koffie-uur en de dagelijks nieuwtjes. PAL4 kent een eigen redactie (PAL4-vandaag) die als ‘communitybuilder’ fungeert en nieuwtjes en activiteiten organiseert.

Naast PAL4-basis kan een zorgorganisatie kan kiezen uit PAL4-modules (zoals alarm, domotica, veiligheid, toegang, telemedicine, observatie, dementie en medicatie). Ook kan een organisatie zelf knoppen aanmaken, met een aanvulling op het dienstenaanbod en bestaat de mogelijkheid om PAL-4 te voorzien met het logo en kleuren van de zorgorganisatie zelf.

Het aanbod heeft vooral een sociaal karakter: een virtuele ontmoetingsplaats voor het onderhouden van contacten en het vinden van de juiste informatie. PAL4 biedt in hoofdlijnen de volgende toepassingsgebieden:

1. Welzijn en dienstverlening (services);
2. Alarm, veiligheid algemeen (domotica, sensoren) en toegang tot de woning;
3. Observatie (bewaking), onder meer bij dementie en in kleinschalig wonen;
4. Zorg op afstand (video), medicatiebewaking en telemedicine voor chronisch zieken;
5. Medisch zoals videoconference in de spreekkamer of teleconsultatie huisarts en specialist;
6. 1 Loket gedachte- PAL4 in openbare locaties voor videocontact dienstverleners (bijvoorbeeld in kleine dorpen).

Zo kunnen cliënten op het gebied van welzijn en dienstverlening meedoen aan prijsvragen, worden filmpjes van hobby's van cliënten op het netwerk gezet en worden cliënten gestimuleerd met elkaar contact te hebben. Dit soort aanbod maakt het, zo is de ervaring, voor cliënten aantrekkelijker deel te nemen aan Zorg op afstand. Daarnaast wordt zorg verleend via het beeldscherm, zoals begeleiding door middel van gesprekken, advies over medicijngebruik en monitoring. Het audio-beeldcontact is van hoogwaardige kwaliteit, er is geen headset nodig en de diverse cameraopstellingen zorgen voor heel natuurlijk videocontact.

### *Resultaten*

Na de eerste ervaringen opgedaan te hebben en de juiste partners gevonden te hebben, maken inmiddels ongeveer dertig organisaties (zorgorganisaties, woningcorporaties, verzekeringsmaatschappij, gemeenten) gebruik van PAL4, en een zestal deelnemers van het Netwerk Zorg op afstand zijn aangesloten op PAL4.

De eerste indruk is dat de ervaringen van cliënten met PAL4 positief zijn. De meeste van de acht geïnterviewde cliënten (Nouws, 2008c) waarderen het contact, de gemeenschap waarin zij onbewust deel van uitmaken, als zeer positief. Voor mensen die nog weinig contacten met de buitenwereld hebben, worden de contacten naar binnen gehaald en er ontstaan spontaan onderlinge contacten tussen cliënten. De videocontacten met de zorgcentralist worden als 'intiem' ervaren, als echt contact. Ook zorgorganisaties die gebruik maken van PAL4 zijn enthousiast, vooral over de toepassingsmogelijkheden, de betrouwbaarheid van de techniek en de betaalbaarheid, volgens mondelinge informatie van de geïnterviewde manager.

### *Voortgang*

PAL4 is een concept dat voortdurend in ontwikkeling is. De cliënten hebben hier directe invloed op door middel van panels en de contentgroep van organisaties, die elk kwartaal bij elkaar komt. Nieuwe modules komen ieder kwartaal beschikbaar op basis van de prioritering die de contentgroep stelt.

PAL4 is inmiddels hard op weg uit te rollen. De verwachting is dat het aantal aan PAL4 deelnemende organisaties in de toekomst nog verder zal toenemen en dat de toepassingen van het concept verder zullen worden uitgebreid.



## 6 Beschouwing

De verdere ontwikkeling en implementatie van Zorg op afstand (videocommunicatie en telebegeleiding) in de zorg voor mensen thuis is in volle gang. Het aantal zorgorganisaties dat Zorg op afstand levert (elf organisaties) of al vergaande plannen op dit gebied heeft ontwikkeld (tien organisaties), breidt zich langzaam maar zeker uit, naar 21 ten tijde van de peiling eind 2008/begin 2009. Sinds begin 2009 nemen ook twee organisaties uit de Geestelijke Gezondheidszorg, die zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking, een psychiatrische aandoening of mensen met langdurig psychische problemen, deel aan de Monitor Zorg op afstand.

Vanuit het bestaande netwerkoeverleg met aanbieders van Zorg op afstand en vanuit de diverse monitorrapportages is inmiddels veel kennis en ervaring opgedaan over Zorg op afstand en er zijn diverse tools ontwikkeld ter ondersteuning van organisaties die met deze innovatie aan de slag willen gaan. Tijdens het ActiZ-congres 'Zorg op afstand' dat in november 2008 plaatsvond (zie ook de website: [www.zorgopafstand.net](http://www.zorgopafstand.net)) is deze kennis breed verspreid.

Zo langzamerhand is duidelijk geworden dat Zorg op afstand een meerwaarde heeft in de zorg voor mensen met een beperking of aandoening en voor zogenaamde welzijnsklanten. Tevens is duidelijk geworden dat de meerwaarde toeneemt, op het moment dat niet alleen zorg, ook andere diensten op afstand worden aangeboden. Ook voor verplegenden en verzorgenden levert Zorg op afstand meerwaarde op. Zij krijgen meer mogelijkheden cliënten te volgen en kunnen op afstand psychosociale begeleiding, instructie en voorlichting geven.

De algemene opvatting luidt dat Zorg op afstand toekomstperspectief heeft, maar de invoering van Zorg op afstand is een moeizame innovatie die langzaam verloopt. Dat heeft met een aantal factoren te maken. In de vorige monitorrapportage is al een aantal belemmeringen genoemd (Peeters et. al., 2008). Deze belemmeringen hebben te maken met het type verandering (innovatie Zorg op afstand), de implementatiestrategie (inbedding in het zorgproces), de cliënten (behoeften), de professionals (cultuur) en de omgeving (bekostiging). Een belangrijke belemmering om tot opschaling van Zorg op afstand te komen is dat zorgorganisaties momenteel weinig investeringsruimte (meer) hebben, bezig zijn met 'overleven' en dat het lastig is om te investeren in innovatie, als de baten (verdieneffect) pas over enkele jaren zichtbaar wordt. Zo is een deelnemende zorgorganisatie failliet gegaan, en een andere zorgorganisatie verkeert in financiële problemen. Mede hierdoor heerst in de zorg een cultuur van korte termijn denken. De steeds wijzigende regelgeving maakt het er ook niet gemakkelijker op om innovaties, zoals om Zorg op afstand, te ondersteunen.

In eerste instantie werd verondersteld dat Zorg op afstand geschikt is voor ouderen met een beperking die zich onveilig of eenzaam voelen. De ervaring leert dat Zorg op afstand ook voor andere doelgroepen meerwaarde heeft, zoals in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, voor mensen met dementie en hun mantelzorgers en voor mensen met verkeerde leefgewoonten. De toepasbaarheid van Zorg op afstand verschilt per groep cliënten, en zorgorganisaties hebben een start gemaakt om, vanuit de behoeften van de cliënten, brede arrangementen voor Zorg op afstand te ontwikkelen (zie hoofdstuk 5). Ook in deze monitor is expliciet gevraagd naar de verdieping van arrangementen met zorg op afstand voor specifieke doelgroepen. Een drietal organisaties is bezig met het ontwikkelen van arrangementen met Zorg op afstand voor COPD-clianten. Eén deelnemende thuiszorgorganisatie heeft plannen voor het verdiepen van arrangementen met Zorg op afstand voor allochtone ouderen.

Tegelijkertijd zien we dat de diensten, producten en Zorg op afstand langzamerhand worden uitgebreid. Het zorgaanbod bestaat zoal uit verpleging, ondersteuning, advies, monitoring, het meekijken met cliënten bij medische handelingen en het aanbieden van een eigen zorgpagina of diabetesdagboek. Ook is er de mogelijkheid tot sociaal contact met de zorgcentrale, met mantelzorgers of met lotgenoten, maar in de praktijk zou hier meer gebruik van gemaakt kunnen worden. Op het gebied van veiligheid bestaat de mogelijkheid tot personenalarmering, al dan niet geïntegreerd in de 24-uurs zorg van de zorgcentrale.

Vooraf het aanbod van comfort- en gemaksdiensten en de mogelijkheden voor ontspanning zijn uitgebreid, en is er een begin gemaakt voor het ontwikkelen van een zogenaamde woonservice gemeente. Zo kan de woonservice gemeente Geldrop Mierlo (zie hoofdstuk 5) worden opgevat als verbreding van arrangementen met Zorg op afstand. Een ander voorbeeld van verbreding van nieuwe diensten is een project waarbij sensoren voor mensen met dementie worden ingezet. Deze uitbreiding van het aanbod is complex, mede omdat het noodzakelijk om is met andere partijen, zoals gemeenten, woningbouworganisaties en commerciële partijen, zoals banken, samen te werken.

Een punt van aandacht is, volgens managers, de mate van betrokkenheid bij Zorg op afstand van medewerkers in de organisatie. Zo zijn er in elke organisatie enkele enthousiaste medewerkers en teams te vinden, terwijl het merendeel van de zorgmedewerkers in de organisatie sceptisch staat tegenover Zorg op afstand. De reden hiervoor is dat ze van mening zijn dat de privacy van cliënten zou worden geschaad en dat de techniek voor videocommunicatie gebruiksonvriendelijk zou zijn. Ook signaleren managers dat medewerkers in de intakegesprekken met nieuwe cliënten te weinig alert zijn op de mogelijkheden van Zorg op afstand. In de opleiding voor verpleegkundige of verzorgende wordt nog te weinig aandacht geschonken over de toepassingsmogelijkheden voor techniek in de zorg. Brancheorganisaties V&VN en ActiZ pleiten voor meer aandacht voor Zorg op afstand in de opleiding voor verpleegkundige of verzorgende.

Enkele zorgorganisaties zijn de pilotfase voorbij. Voor deze organisaties geldt dat een gedeelte van de zorg die normaal gesproken fysiek bij de cliënt thuis wordt gegeven, nu via videocommunicatie wordt geleverd. De verdere ontwikkeling van Zorg op afstand betekent dat de organisatie van het zorgproces moet veranderen en dat Zorg op afstand

geïntegreerd moet worden in de reguliere zorg. Cliënten kunnen zelf 24 uur per dag contact zoeken met de zorgcentrale op momenten dat zij daar behoefte aan hebben (ongeplande zorg). In de nabije toekomst zal de invloed en verantwoordelijkheid meer bij cliënten komen te liggen, en de zorgverleners zijn meer begeleidend en ondersteunend. Een ander voordeel is dat de zorg flexibeler kan worden ingevuld: één uur fysieke zorg kan worden opgedeeld in vier keer een kwartier screen to screen zorg. Zorg op afstand biedt ook mogelijkheden voor zelfmanagement bij cliënten met een chronische ziekte (COPD, hartfalen of diabetes).

Het is, volgens de leden van het Netwerk Zorg op afstand, met andere woorden niet langer meer de vraag of Zorg op afstand er komt, maar in welk tempo en in welke omvang. Om een doorbraak van Zorg op afstand in Nederland te bevorderen, organiseert ActiZ, op initiatief van de leden van het Netwerk Zorg op afstand, eind 2009 een zogenaamde doorbraakconferentie met belangrijke partijen (Ministerie van VWS, NZa, ZN, VNG, NPCF et cetera) op bestuurlijk topniveau. Het doel van deze conferentie is om een gezamenlijk gedragen visie van belangrijke actoren op de verdere ontwikkeling van Zorg op afstand en te komen tot afspraken over de voorwaarden om tot opschaling en verdere uitbreiding van deze innovatie te komen. Deze voorwaarden liggen dan vooral in de sfeer van bekostiging van Zorg op afstand, de organisatie van de zorg, de cultuur en de attitude van professionals en standaardisatie van de techniek. Volgens leden van het Netwerk Zorg op afstand kost het veel tijd en energie om verpleegkundigen te trainen en enthousiast te maken voor deze manier van zorgverlening en om het product Zorg op afstand verder te ontwikkelen en te vermarkten.



# Literatuurlijst

- ActiZ, *Zorg op afstand, Dichterbij 2007-2010*, Utrecht: ActiZ: 2008.
- ActiZ, Meavita Nederland en ZuidZorg, *Van experimenten naar arrangementen. Projectplan tot opschaling van zorgarrangementen met videocommunicatie in de periode 2007-2010*. Utrecht: ActiZ, 2007.
- Beek van, L., Goossen W., Van der Kooij J., Slegtenhorst M.H. ThuiszorgOnline. *Videonetwerken voor zorg-thuis en standaarden*. Koudekerk aan den Rijn. 2004
- Blokstra, A. & W.M.M. Verschuren (red.) *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziekteprevalentie 2005-2025*. Bilthoven: RIVM 2007.
- Boonstra, A., Broekhuis M., Van Offenbeek M. et al., *Kijken Op Afstand een Leerzaam Alternatief. Onderzoek naar de effectiviteit en de efficiency van Koala telecare en telecure*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2008.
- Borghuis, I., Technologie kan de afstand verkleinen. *HMF-tijdschrift over arbeid en technologie*, nr. 4. oktober 2007, pp. 23-24.
- Bos, J.T., de Jongh D.M., Francke A.L. *Monitor invoering videonetwerken in de thuiszorg*. Verslaglegging van de eerste peiling. Utrecht: NIVEL, 2005.
- Bos, J.T., Francke A.L. *Tussentijds verslag experiment screen-to-screen*, Vertrouwelijke interne rapportage. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *Gezondheid en zorg in cijfers 2007*, Den Haag, CBS, 2007.
- Dohmen, D.A.J., Snel R.R., Beckers Y. *PAL4 vergroot de wereld. Van videocontact, ontspanning, zorg op afstand tot teleconsultatie in de medische wereld*. Zeist: Focus Cura, 2008.
- Francke A.L. (red.). *Kwalitatief onderzoek in de Verpleegkunde*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1e druk 1990, 2e druk 1993.
- Fulpen, A. van. [www.Herrie.nu](http://www.Herrie.nu), *Werkplaats Zorg op afstand*, 2008.
- Goris, A, Mutsaers, H. *Ruimte voor arbeidsbesparende technologie om in 2025 voldoende zorg te bieden*. Leiden: STG/Health Management Forum, 2008.
- Grin, J., Ter Haar-van Twillert E., Stevens P. (programmacoördinator). *Kwalitatieve monitorrapportage Zorg op afstand*, Universiteit van Amsterdam, Utrecht: ActiZ, 2008.

- Haan, J. de, Klumer, O, Steyaert, L. (red.) *Surfende senioren: kansen en bedreigingen van ICT voor ouderen*, Den Haag: Academic Service, 2004.
- Hanson E, Andersson BA, Magnusson L, Lidskog R, Holm K. Information Centre: responding to needs of older people and carers. *British Journal of Nursing* 2002; 11 (14): 935-940.
- Ikkersheim, D. Nieuwe vorm van telemonitoring thuis. Inzet van Health Buddy heeft toekomst. *Medisch Contact*, 28 april 2006, 61 nr. 17.
- Magnusson L., Brito L., Chambers M., Berthold H., Daly t., Emery D. ACTION: Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older Person's Needs. *Stud Health Technol Inform* 1998; 51:170-4.
- Magnusson L., Hanson E., Brito L., Berthold H., Chambers M., Daly T. Supporting family cares through the use of information and communication technology – the EU project ACTION. *International Journal of Nursing studies* 2002;39:369-81.
- Meijer, I. *Zorg op Afstand: een kenniscentrum? Een verkenning naar draagvlak en randvoorwaarden*, Amsterdam: Technopolis BV, 2008.
- Mutsaers, H. *Hoe denkt de gezondheidszorg over arbeidsbesparende technologie*, Leiden: STG/Health Management Forum, 2008.
- NictiZ (Nationaal ICT Instituut in de Zorg), *Zorg op afstand met behulp van ICT*, Deelproject: Inventarisatie van praktijkvoorbeelden en stimuleringskansen, Den Haag: NictiZ, 2008.
- NIZW, *Handreiking domotica, personenalarmering en ICT voor ouderen*, Utrecht: NIZW, 2005.
- Nouws, H. *Monitoring Toekomst Thuis. Leerervaringen halverwege de projecten*, Tweede tussenrapport. Amersfoort: De Vijfde Dimensie, 2007.
- Nouws, H. *Klant in Beeld. Handreiking cliëntprofielen en aanbodsarrangementen bij Zorg op afstand en beeldcommunicatie*. Amersfoort: De Vijfde Dimensie, 2008a.
- Nouws, H. *Monitoring Toekomst Thuis. Op weg naar implementatie*. Derde tussenrapport. Amersfoort: De Vijfde Dimensie, 2008b.
- Nouws, H. *Deelnemers Zorg op afstand aan het woord*. Amersfoort: De Vijfde Dimensie, 2008c.
- Peeters, J.M., Francke, A.L., Bos J.T. *Monitor Videonetwerken. Peiling najaar 2006 tussentijds verslag*. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Peeters, J.M., de Veer A.J.E., Francke A.L., *Monitor Zorg op afstand. Verslaglegging van de peiling najaar 2007*, Utrecht: NIVEL, 2008.

- Peetermans A., Hedeboom G., Pacolet J., Devoldere P., D'Haene F., Pouillie R., Botteldoorn W., Grymonprez P., Ameel H. *Telecare voor ouderen: Socio-economische analyse van het gebruik van videotelefonie binnen de ouderenzorg*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven. Hoger Instituut voor de arbeid, 2004.
- Perdok S. & N. Nijhof. *Telemonitoring programma COPD. Evaluatie rapport juli 2008*. Nijmegen: CWZ, Focus Cura, ZZG-Zorggroep, 2008.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. *Van weten naar doen*. Zoetermeer: RvZ, 2006.
- RegioMarge, *De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007-2011*, Utrecht: RegioMarge, 2007.
- SER, *Langdurige zorg verzekerd: Advies over de toekomst van de AWBZ*. Den Haag: SER, 2008.
- Simons, M., Rietman J., Baaijens J., Bekkers, V. *Tussenrapportage begeleidings- en monitoringsonderzoek ZorgTV*, Lemma: Center for Public Innovation, 2007.
- Stevens P. *Kwalitatieve monitor Videonetwerken voor zorg-thuis. Bewegredenen, processen en ervaringen*, Utrecht: ActiZ, 2005.
- Stevens P. *Kwalitatieve monitorrapportage over voortgang, versnelling en opschaling*, Utrecht: ActiZ, 2006.
- Stichting ThuiszorgOnline. *Videonetwerken voor zorg-thuis: van concept naar model. Interne notitie. Versie 26 maart 2004*.
- Vlaskamp, F.J.M., Webers, K., Peters-Volleberg, G.W.M., van Halteren, A.R., *Telemedicine en telecare in de thuiszorg: historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen*, Bilthoven: RIVM, 2007.
- Thie, J., *Schermszorg. Zorg op afstand via camera en beeldscherm*. Vilans, Den Haag: Uitgeverij LEMMA, 2008.
- Tjalsma, D. *Visiedocument Remote control! Toekomst en betekenis van telemedicine voor de zorggebruiker*, NPCF: Utrecht, 2007.
- Vermeulen, J. *Langer zelfstandig wonen en hoe ICT daarbij kan helpen*. Tilburg: Fontys Hogescholen, 2007.
- Werff, van der A. *ThuiszorgOnline*. Voorafgaande research en ontwikkeling. Notitie, 31 oktober, 2001.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), *Innovatie vernieuwd, opening in viervoud*, Amsterdam University Press, 2008.
- Witte, de LP. *Technologie, mij(')n zorg. Over langdurende zorg, technologie en innovatie*. Rede bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Technologie in de zorg aan de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences aan de Universiteit Maastricht, 2008.

[www.zorgopafstand.net](http://www.zorgopafstand.net)





## **Bijlage 1: Vragenlijst Zorg op afstand**



NIVEL  
Nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

Contactpersoon: José Peeters, NIVEL  
Antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht

---

**Monitor Zorg op afstand**  
**Vragenlijst voor managers**  
**Peiling najaar 2008/begin 2009**

---

## Toelichting bij de vragenlijst

### Waar gaat deze vragenlijst over?

Deze vragenlijst gaat over organisatorische en financiële aspecten van een videonetwerk en telebegeleiding voor thuiswonende personen (zoals VieDome, TVfoon, ZorgTV of andere systemen zoals de Health Buddy).

### Invullen van de vragenlijst

Voor het onderzoek is het belangrijk dat u de vragenlijst **zo volledig mogelijk** invult. Het invullen van de lijst duurt **ongeveer 30 minuten**.

### Vragen over cliënten

In veel vragen wordt de term ‘cliënten’ gebruikt. Onder **cliënten** verstaan we in dit geval: **thuiswonende personen die een aansluiting hebben op het videonetwerk of telebegeleiding ontvangen**. Het kan hierbij zowel gaan om personen die een AWBZ-indicatie hebben voor zorg aan huis als om personen die géén indicatie voor AWBZ-zorg hebben (zogenaamde welzijnsklanten).

### Terugsturen van de vragenlijst

Stuurt u alstublieft de vragenlijst **binnen twee weken** naar het NIVEL, in de bijgevoegde antwoordenvolp (t.a.v. José Peeters, NIVEL, Antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht). Een postzegel is niet nodig.

### Anonimiteit

Uw antwoorden op deze vragenlijst worden vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.

### Wat gebeurt er met de resultaten?

Het NIVEL gaat alle antwoorden op de vragenlijsten analyseren en de resultaten worden beschreven in een openbaar landelijk rapport. In het landelijke rapport worden de gegevens, die u verstrekt, geanonimiseerd. De uitkomsten van het onderzoek kunnen door uw thuiszorgorganisatie worden gebruikt om de dienstverlening via het videonetwerk verder te verbeteren.

### Contact

Heeft u vragen of opmerkingen? Neem dan contact op met het NIVEL:  
José Peeters: tel. **030 272 9628**, of e-mail [j.peeters@nivel.nl](mailto:j.peeters@nivel.nl)

---

## Doelgroepen, beoogd effect Zorg op afstand en aantal cliënten

---

1. Welke (specifieke) **doelgroepen beoogt** u met het videonetwerk of telebegeleiding te ..... bereiken? (*meer antwoorden mogelijk*)
  - (Oudere) mensen die niet ziek zijn (preventie, welzijn)
  - Mensen met een chronische somatische aandoening
  - Mensen met diabetes
  - Mensen met COPD
  - Mensen met hartfalen
  - Mensen met een chronische psychiatrische aandoening
  - Mensen met een psychogeriatrische aandoening (dementie)
  - Mensen met een verstandelijke handicap
  - Mensen met een lichamelijke handicap
  - Mantelzorgers van cliënten met een aandoening/handicap
  - Alle mensen die het leuk lijken om te beeldbellen
  - Alle klanten van de thuiszorginstelling
  - Géén speciale doelgroep
  - Anders, namelijk .....
2. Wat zijn de belangrijkste **beoogde effecten** van zorg- en dienstverlening via videonetwerk of telebegeleiding? (*meer antwoorden mogelijk*)
  - Ouderen en mensen met een beperking ondersteunen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen
  - Opname in een verpleeg- of verzorgingshuis voorkomen of uitstellen
  - Opname in een ziekenhuis verkorten
  - Groter gevoel van veiligheid van cliënten
  - Efficiënte activering van cliënten
  - Minder eenzaamheidsgevoelens bij cliënten
  - Verbeteren van gezondheid door trainen en coachen in zelfmanagement
  - Effectieve bewaking van het medicijngebruik
  - Effectievere zorgverlening: met dezelfde aantal professionals meer cliënten helpen
  - Vermindering van de zorgconsumptie
  - Minder belasting van de mantelzorgers
  - Ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg
  - Kosten verlagen door zorg aan huis te vervangen door zorg via beeldcommunicatie
  - Andere reden, namelijk .....
3. Wanneer zijn de **eerste videonetwerken** vanuit uw thuiszorgorganisatie aangelegd bij thuiswonende cliënten c.q. sinds wanneer biedt uw organisatie telebegeleiding?  
In ..... maand. .... jaar videonetwerken aangelegd  
In ..... maand. .... jaar telebegeleiding aangeboden
4. Op hoeveel adressen van thuiswonende cliënten was er op **8 december 2008 (week 50)** een aansluiting op het videonetwerk c.q. hoeveel cliënten ontvangen telebegeleiding?  
..... (huidig aantal adressen met aansluiting)  
..... (huidig aantal cliënten met telebegeleiding)
5. Bij hoeveel adressen van thuiswonende cliënten verwacht u **over één jaar (december 2009)** aansluitingen op het videonetwerk te hebben gerealiseerd c.q. verwacht u telebegeleiding te bieden?  
..... (verwacht aantal adressen met aansluiting)  
..... (verwacht aantal cliënten met telebegeleiding)

---

## Aanbod diensten, producten en Zorg op afstand

---

6. Welke van de onderstaande **diensten, producten en/of zorg op afstand** biedt uw organisatie momenteel aan? *S.v.p. alleen de diensten en producten die u daadwerkelijk aanbiedt, aankruisen.*

### Gemaksdiensten

- e-boodschappenservice
- e-spellen
- e-bestellingen
- e-agenda
- telestuderen
- telewinkelen
- elektronisch bankieren
- service en comfort (advies en bemiddeling van gemaksdiensten)
- anders, namelijk .....

### Welzijnsdiensten

- boodschappendienst/maaltijdvoorziening
- mankementservice, klussendienst
- klussendienst
- 'goedemorgen/goedenavond' service
- 'goedebuurservice'
- diabetesdagboek
- hulpmiddelen
- kerkdiensten
- 'welzijnsknop' (signaal aan de zorgcentrale dat alles in orde is)
- anders, namelijk .....

### Veiligheid- en/of bewakingsdiensten

- alarm- en/of zorgcentrale
- cameratoezicht op één of meer plekken in huis
- personenalarmering
- brandalarmering
- inbraakalarmering
- bewaking bij afwezigheid
- automatische deuropener op afstand
- bewegingsdetectoren (valdetectie, dwaaldetectie)
- passiviteitsalarmering
- meten hartritme
- bloedwaardenmeter
- verlichting aan/uit (sensoren)
- anders, namelijk .....

### **Communicatiediensten**

- beeldcommunicatie met de (klein)kinderen, mantelzorgers en familie
- beeldcommunicatie met lotgenoten (cliënten)
- beeldcommunicatie met de zorgcentrale
- contact met welzijns- of zorgorganisatie
- consult met de huisarts
- consult met de specialist van het ziekenhuis
- advies en instructie over leefstijl
- activiteitencentrum/wijkcentrum
- lokaal loket service
- informatie en advies van de medewerker van de bank
- instructieprogramma's voor mantelzorgers
- anders, namelijk .....

### **Verzorging en/of verplegingsdiensten**

- verpleging basis
- verpleging extra
- gespecialiseerde verpleging
- verpleging: advies, instructie en begeleiding
- persoonlijke verzorging basis
- persoonlijke verzorging extra
- persoonlijke verzorging speciaal
- ondersteunende begeleiding screen-to-screen
- activerende begeleiding screen-to-screen
- ongeplande zorg in noodgevallen (zorgopvolging)
- attenderingsservice (geplande zorg op afgesproken tijdstippen, bv. voor de inname van medicijnen)
- periodieke controles
- laten meekijken met diversie handelingen
- anders, namelijk .....

### **Behandeling, verzorging en/of verpleging: cure gerelateerd**

- telebegeleiding
- telehomecare (monitoren van cliënten met speciale aandoeningen)
- telecare (televerpleegkundige zorg)
- anders, namelijk .....

### **Overige diensten, producten of zorgverlening**

- overig, namelijk .....
- overig, namelijk .....

7a. Biedt uw organisatie aan alle potentiële gebruikers alle mogelijke diensten, producten en/of zorg op afstand aan?

- Nee
- Ja

7b. Accepteren alle potentiële gebruikers het aanbod (diensten, producten en/of zorg-op-afstand) Zo nee, waarom niet?

- Nee, *Toelichting:* .....
- Ja

8a. Heeft uw organisatie arrangementen ontwikkeld voor **specifieke klantgroepen**? Zo ja, voor welke specifieke klantgroepen?

Nee *☞ ga verder met vraag 9*

Ja, namelijk voor de volgende, specifieke groepen: *(meer antwoorden mogelijk)*

mensen in de wijk (preventie, welzijn)

mensen met diabetes

mensen met COPD

mensen met hartfalen

anders, namelijk .....

anders, namelijk .....

8b. Uit weke **diensten, producten en/of zorg op afstand** bestaan die arrangementen voor specifieke klantgroepen dan?

**(1) Arrangement voor .....(vul in: specifieke klantgroep) bestaat uit:**

***Diensten:***

***Producten:***

***Zorg op afstand:***

***Toelichting:***

**(2) Arrangement voor .....(vul in: specifieke klantgroep) bestaat uit:**

***Diensten:***

***Producten:***

***Zorg op afstand:***

***Toelichting:***

---

## Aantal contacten met cliënten

---

9. Hoeveel **geplande** en hoeveel **niet-geplande contacten** zijn er in de **afgelopen maand (in december 2008)** geweest tussen cliënten en de zorgcentrale?

*Met 'gepland' wordt bedoeld dat het om een contact ging dat van tevoren afgesproken was met de cliënt of mantelzorger.*

A. Totaal aantal *geplande* contacten in **december 2008**:

.....  
*NB. Indien mogelijk s.v.p. een verdere uitsplitsing maken in:*

Aantal geplande contacten beeldbellen/'s goedemorgen-goedenavond service':

.....  
 Aantal geplande contacten telebegeleiding:

B. Aantal *niet-geplande* contacten waarbij *de cliënt of mantelzorger het initiatief* nam:

C. Aantal *niet-geplande* contacten waarbij *de zorgcentrale het initiatief* nam:

D.  Geen contact geweest met cliënten

10. Wat waren de **meest** voorkomende **redenen** voor die **niet-geplande** contacten?

Vragen of zorgen van de cliënt over:

.....  
.....  
 Vragen of zorgen van de mantelzorger over:

.....  
.....  
 Vragen of zorgen van de medewerker van de zorgcentrale over:

Anders, namelijk .....

---

## Samenwerking en functioneren

---

11. Met welke instellingen en/of zelfstandige beroepsbeoefenaren werd samengewerkt bij het **opzetten van het videonetwerk c.q. telebegeleiding?** *(meer antwoorden mogelijk)*
- Technische bedrijven, te weten .....
  - Andere zorgaanbieders, te weten .....
  - Woningbouwcorporaties, te weten .....
  - Kennisinstellingen, te weten .....
  - Gemeente/provincie, te weten .....
  - Kennisinstellingen, te weten .....
  - Subsidiënten, te weten .....
  - Welzijnsinstellingen, te weten .....
  - Commerciële partijen, te weten .....
  - Overigen, te weten .....
12. Met welke instellingen en/of zelfstandige beroepsbeoefenaren wordt samengewerkt bij het **uitrollen en verbreden van het videonetwerk c.q. telebegeleiding?** *(meer antwoorden mogelijk)*
- Technische bedrijven, te weten .....
  - Andere zorgaanbieders, te weten .....
  - Woningbouwcorporaties, te weten .....
  - Kennisinstellingen, te weten .....
  - Gemeente/provincie, te weten .....
  - Kennisinstellingen, te weten .....
  - Subsidiënten, te weten .....
  - Welzijnsinstellingen, te weten .....
  - Commerciële partijen, te weten .....
  - Overigen, te weten .....
13. Met welke instellingen en/of zelfstandige beroepsbeoefenaren wordt samengewerkt bij het **leveren van diensten of zorg via het videonetwerk c.q. telebegeleiding?** *(meer antwoorden mogelijk)*
- Technische bedrijven, te weten .....
  - Andere zorgaanbieders, te weten .....
  - Zorgverzekeraars, te weten .....
  - Woningbouwcorporaties, te weten .....
  - Subsidiënten, te weten .....
  - De gemeente, te weten .....
  - De provincie, te weten .....
  - Overigen, te weten .....
14. Hoeveel zorgcentralisten **bemensen** tijdens en buiten kantooruren **gelijktijdig** de zorgcentrale, die bij het videonetwerk hoort?
- a. Aantal medewerkers dat **gelijktijdig** op zorgcentrale werkt **tijdens** kantooruren: .....
  - b. Aantal medewerkers dat **gelijktijdig** op zorgcentrale werkt **buiten** kantooruren: .....
  - c.  Niet van toepassing



15. Welke **opleiding** hebben deze zorgcentralisten? (bijvoorbeeld MBO-verpleegkundige, HBO-verpleegkundige, verzorgende of andere professional)

a. Soort medewerkers **tijdens** kantooruren:

.....  
.....

b. Soort medewerkers **buiten** kantooruren:

.....  
.....

Niet van toepassing

16. Hoe vaak heeft de zorgcentrale in **de afgelopen maand (in december 2008)** de aangesloten persoon rechtstreeks **via het videonetwerk** doorverbonden met een andere instelling of professional?

..... keer

Niet van toepassing

17. Met **welk soort instellingen of professionals** is toen doorverbonden, en om wat voor **soort vragen** ging het dan meestal?

A. Soort instellingen of professionals	B. Soort vragen
1 .....	.....
2 .....	.....
3 .....	.....
4 .....	.....
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing

18. Hoe vaak heeft de **zorgcentralist/wijkverpleegkundige** in de afgelopen maand (**in december 2008**) **zelf** contact opgenomen met een andere instelling of professional in verband met een vraag van een aangesloten persoon?

Aantal malen contact gezocht via het videonetwerk: .....

Aantal malen contact gezocht op een andere manier: .....

Niet van toepassing

19. Met **welk soort instellingen of professionals** is toen contact opgenomen en om wat voor **soort vragen** ging dan meestal?

A. Soort instellingen of professionals	B. Soort vragen
1 .....	.....
2 .....	.....
3 .....	.....
4 .....	.....
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing

20. Zijn er protocollen of op schrift gestelde afspraken over de **triage** door de zorgcentrale?

- Nee
- Ja, het gaat om het volgende triagesysteem: .....
- .....
- .....
- Niet van toepassing

21. Wordt bij het videonetwerk gebruik gemaakt van een **bestaande zorgcentrale**?

- Ja, we maken geheel gebruik van de zorgcentrale van .....
- Nee, de zorgcentrale is speciaal ten behoeve van het videonetwerk opgezet
- Nee, deels is de zorgcentrale speciaal ten behoeve van het videonetwerk opgezet, en deels maken we gebruik van de zorgcentrale van .....
- Niet van toepassing

22. Hoe is bij u de **24-uurs bereikbaarheid** voor cliënten met een aansluiting op het videonetwerk geregeld?

- Wij regelen dat geheel zelf
- Wij regelen dat door gebruik te maken van .....
- Niet van toepassing

---

## Benadering van cliënten

---

23. Hoe worden de mogelijkheden van het videonetwerk c.q. telebegeleiding **onder de aandacht gebracht van potentiële ‘gebruikers’?** *(meer antwoorden mogelijk)*
- Door mondelinge informatie van .....
  - Door brochures of ander schriftelijk materiaal die specifiek over het videonetwerk gaan
  - Door brochures of ander schriftelijk materiaal die specifiek over telebegeleiding gaan
  - Door berichten in het informatieblad van onze thuiszorgorganisatie
  - Door berichten op de website van onze thuiszorgorganisatie
  - Door potentiële cliënten gericht aan te schrijven
  - Door .....
24. Hoe wordt **beoordeeld voor welke cliënten** een aansluiting op het videonetwerk c.q. telebegeleiding geschikt zou zijn? *(meer antwoorden mogelijk)*
- Door mondelinge informatie van .....
  - Door in gesprek te gaan met potentiële cliënten (en/of partner)
  - Door in gesprek te gaan met de mantelzorger van de cliënt
  - Door het indicatiebesluit van het CIZ
  - Door informatie van andere professionals, zoals .....
  - Door .....
25. Komt het wel eens voor dat **cliënten er zelf vragen** om gebruik te mogen maken van diensten, producten en/of zorg op afstand? *(meer antwoorden mogelijk)*
- Nee
  - Ja, namelijk: .....
  - Diensten, namelijk .....
  - Producten, namelijk .....
  - Zorg op afstand, namelijk .....
  - Anders, namelijk .....
26. Op welke wijze zorgt uw organisatie ervoor dat de **medewerkers van de zorgcentrale/wijkverpleegkundige** goed om kunnen gaan met de techniek van het videonetwerk c.q. telebegeleiding? *(meer antwoorden mogelijk)*
- Individuele, mondelinge instructie
  - Schriftelijk informatiemateriaal
  - Groepsgewijze training/scholing
  - Anders, namelijk .....
  - Géén specifieke instructie
27. Op welke wijze zorgt uw organisatie ervoor dat **andere thuiszorgmedewerkers/wijkverpleegkundigen** goed om kunnen gaan met de **techniek** van het videonetwerk c.q. telebegeleiding? *(meer antwoorden mogelijk)*
- Individuele, mondelinge instructie
  - Schriftelijk informatiemateriaal
  - Groepsgewijze training/scholing
  - Anders, namelijk .....
  - Géén specifieke instructie

28. Op welke wijze zorgt uw organisatie ervoor dat **cliënten en mantelzorgers** goed om kunnen gaan met de **techniek** van het videonetwerk c.q. telebegeleiding? (*meer antwoorden mogelijk*)

- Individuele, mondelinge instructie
- Schriftelijk informatiemateriaal
- Groepsgewijze training/scholing
- Anders, namelijk .....
- Géén specifieke instructie

29. Houdt de medewerker van de zorgcentrale c.q. telebegeleiding een **individueel cliëntdossier** bij?

- Nee → *ga verder met vraag 31*
- Ja, een *niet*-elektronisch cliëntdossier
- Ja, een elektronisch cliëntdossier dat *niet* is gekoppeld aan het videonetwerk c.q. telebegeleiding
- Ja, een elektronisch cliëntdossier dat *wel* is gekoppeld aan het videonetwerk c.q. telebegeleiding

30. Hoe wordt de **informatie uit dit individuele cliëntdossier** van de zorgcentrale c.q. telebegeleiding **gekoppeld aan het dossier, dat bij de cliënt thuis ligt?**

- Deze informatie wordt (nog) niet aan elkaar gekoppeld
- De informatie uit deze twee dossiers wordt op de volgende manier aan elkaar gekoppeld: .....
- .....
- .....

---

## **Inbedding in organisatie**

---

31. In hoeverre is Zorg op afstand **ingebod in uw organisatie**? *Geef een korte toelichting.*

32. In hoeverre en op welke manier is Zorg op afstand **ingebod in het reguliere zorgproces**? *Geef een korte toelichting.*

---

## Verbetering van zorg- en dienstverlening

---

33. Heeft u **suggesties** ter verbetering van de **techniek of de bediening** van het videonetwerk c.q. telebegeleiding?

- Nee, ik heb geen suggesties, want de techniek of bediening van het videonetwerk c.q. telebegeleiding werkt goed
- Nee, ik heb geen suggesties, ondanks het feit dat de techniek of bediening van het videonetwerk c.q. telebegeleiding niet (altijd) goed werkt
- Ja, ik heb de volgende suggesties:

.....  
.....

34. Heeft u **suggesties** ter verbetering van de **zorg- en dienstverlening** via het videonetwerk c.q. telebegeleiding?

- Nee, ik heb geen suggesties, want de zorg- en dienstverlening is goed
- Nee, ik heb geen suggesties, ondanks het feit dat de zorg- en dienstverlening niet (altijd) goed is
- Ja, ik heb de volgende suggesties:

.....  
.....

---

## Geïndiceerde en geleverde zorg: registratieformulier (via e-mail)

---

Wij willen tot slot graag een volledig beeld krijgen van de geïndiceerde en geleverde zorg aan cliënten met een aansluiting op het videonetwerk c.q. .... telebegeleiding.

Het is de bedoeling dat u per aangesloten cliënt (**meetweek is week 50, periode 8 december tot en met 12 december 2008**) in het bijgevoegde registratieformulier aangeeft:

- (f) aantal achtergrondgegevens van de cliënt, zoals geboortedatum, geslacht, leefvorm, zorgkantoorregio van de cliënt;
- (g) of die cliënt **wel/geen** AWBZ-indicatie heeft en - zo ja - wat is (1) de dominante grondslag en (2) de nevengrondslag;
- (h) wat voor soort AWBZ-zorg is **geïndiceerd** door het CIZ, per cliënt in minuten per week;
- (i) wat de **feitelijk geleverde soort AWBZ-zorg is**. Onder feitelijk geleverde zorg verstaan we zowel AWBZ-gefinancierde zorg als niet-AWBZ-gefinancierde zorg;
- (j) een onderscheid maakt tussen **face-to-face zorg en screen-to-screen-zorg**.

*Het is heel belangrijk dat u dit registratieformulier goed invult, mede omdat we deze gegevens gebruiken om een vergelijking te kunnen maken met soortgelijke cliënten die géén videonetwerk hebben. U ontvangt dit formulier ook per mail. Wij stellen het zeer op prijs als u dit formulier uiterlijk **16 februari 2009** ingevuld retour e-mailt aan [j.peeters@nivel.nl](mailto:j.peeters@nivel.nl).*

35. Als u nog **algemene opmerkingen** of vragen heeft, kunt u deze hieronder opschrijven.

.....  
.....

36. Wat zijn uw **plannen voor de toekomst** op het gebied Zorg op afstand?

37. **Mist u zaken** in deze vragenlijst of heeft u nog opmerkingen? Dan kunt u dat hieronder aangeven.

*U bent nu klaar met het invullen van de vragenlijst.  
U kunt deze terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp.*

**Dank u wel voor uw medewerking!**