



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

Monitor Zorg op afstand

Verslaglegging van de peiling najaar 2007

Dr. J.M. Peeters
Dr. A.J.E. de Veer
Dr. A.L. Francke

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-924-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 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

Voorwoord	5
Samenvatting	9
1 Inleiding	17
1.1 Achtergrond en voorgeschiedenis	17
1.2 Wat is Zorg op afstand?	18
1.3 Netwerk Zorg op afstand	18
1.4 Visie op zorg	19
1.5 Van pilot naar opschaling	20
1.6 Monitor Zorg op afstand	21
1.7 Opbouw van het rapport	22
2 Opzet en methode	23
2.1 Opzet van het onderzoek	23
2.2 Onderzoeksvragen	23
2.2.1 Doel en onderzoeksvragen voor schriftelijk vragenlijstonderzoek	23
2.2.2 Doel en onderzoeksvragen diepte-interviews met cliënten	24
2.3 Aanpak schriftelijk vragenlijstonderzoek	25
2.3.1 Gegevensverzameling	25
2.3.2 Beschrijving van de deelnemers en respons	27
2.3.3 Analyses	34
2.4 Aanpak diepte-interviews met cliënten	34
2.4.1 Analyses	34
3 Organisatie en functioneren van videocommunicatie	37
3.1 Situatie op het moment van onderzoek	37
3.2 Te verwachten effecten	38
3.3 Bekendheid geven aan videocommunicatie	39
3.4 Techniek voor videocommunicatie	40
3.5 Samenwerking met andere partijen	42
3.6 Inrichting van de zorgcentrale	43
3.7 Zorgarrangementen met videocommunicatie	44
3.8 Inkomsten en subsidies	46
3.9 Vergelijking met eerdere peilingen	48
4 Ervaringen van cliënten en mantelzorgers met videocommunicatie	51
4.1 Redenen voor deelname	51
4.2 Bedieningsgemak van het systeem	52

4.3	Suggesties ter verbetering van de techniek en zorg- en dienstverlening	54
4.4	Gebruik van zorg, diensten en producten	56
4.5	Contacten met de zorgcentrale	57
4.6	Mogelijkheden van videocommunicatie	59
4.7	Effecten van videocommunicatie voor cliënten	61
4.8	Ervaren veiligheid en zelfstandigheid	64
4.8.1	Verschillen in effecten tussen groepen cliënten	66
4.9	Betekenis van videocommunicatie	67
4.10	Effecten van videocommunicatie voor mantelzorgers	69
4.11	Vergelijking met eerdere peilingen	71
5	Ervaringen van zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers met videocommunicatie	75
5.1	Training en instructie van zorgcentralisten	75
5.2	Tevredenheid met de zorg- en dienstverlening via videocommunicatie	77
5.3	Suggesties ter verbetering van de techniek of zorg- en dienstverlening	79
5.4	Effecten van videocommunicatie voor cliënten	80
5.5	Ervaren veiligheid en zelfstandigheid van cliënten	82
5.6	Effecten op de werkbeleving van professionals	84
5.7	Vergelijking met eerdere peilingen	85
6	Ervaringen met telebegeleiding	87
6.1	Deelnemers telebegeleiding	88
6.2	Situatie op het moment van onderzoek	91
6.3	Beoogde effecten	92
6.4	Technologie	92
6.5	Samenwerking met andere partijen	93
6.6	Meningen en ervaringen van cliënten over telebegeleiding	93
6.7	Ervaren veiligheid en zelfstandigheid	94
6.8	Meningen en ervaringen van verpleegkundigen over telebegeleiding	96
6.9	Inkomsten en subsidies	97
7	Beschouwing	99
7.1	Ontwikkeling van Zorg op afstand	99
7.2	Implementatie	100
	Literatuurlijst	103
	Bijlage 1: Vragenlijst Zorg op afstand	107

Voorwoord

Dit rapport beschrijft de peiling in november 2007 van de monitorstudie naar de voortgang van Zorg op afstand, in het bijzonder videocommunicatie en telebegeleiding in Nederland. Deze *Monitor Zorg op afstand* bouwt voort op de eerdere peilingen van het NIVEL over videocommunicatie in de thuiszorg in 2005 en 2006 (Bos et al., 2005; Bos et al., 2006; Peeters et al., 2007). ActiZ wil de invoering van Zorg op afstand bevorderen en de thuiszorgorganisaties bij deze initiatieven helpen en ondersteunen. Deze monitor is daar een uitwerking van.

Bij Zorg op afstand gaat het om zorg- en dienstverlening waarbij de zorgverlener niet fysiek aanwezig is, en die veelal met behulp van videocommunicatie plaatsvindt. Een voorwaarde is dat er altijd een garantie is op zorgopvolging, wanneer dat nodig is. 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 thuiszorgorganisaties (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 deze 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. Thuiszorgorganisaties krijgen de gegevens die op hun eigen organisatie van toepassing zijn toegespeeld in de vorm van een individuele rapportage. Deze monitorrapportage bevat algemene en geanonimiseerde gegevens ten behoeve van landelijke beleidsinstanties en brancheorganisaties.

Zorg op afstand is een veel belovende ontwikkeling, en wordt in Nederland geleidelijk en gefaseerd ingevoerd in de thuiszorg. Dat Zorg op afstand langzaam aan vorm begint te krijgen, blijkt uit het feit dat in november 2007 tien thuiszorgorganisaties (in november 2006 waren dat nog zes organisaties) videocommunicatie of telebegeleiding aanbieden of bezig zijn met een herstart van Zorg op afstand vanwege een faillissement van de leverancier van videocommunicatie.

Aan alle cliënten en hun mantelzorgers, zorgcentralisten, thuiszorgmedewerkers en managers van de tien thuiszorgorganisaties die videocommunicatie of telebegeleiding aanbieden, is een schriftelijke vragenlijst gestuurd. Met een aantal cliënten is aanvullend een diepte-interview gehouden. We willen alle respondenten hartelijk danken voor hun medewerking aan het onderzoek. Zonder hun tijd en inzet was het niet mogelijk geweest de benodigde gegevens te verzamelen.

Deze uitgebreide 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). Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen en het draagvlak voor de onderzoeksuitkomsten te bevorderen, is een begeleidingscommissie van het onderzoek in het leven geroepen - het nationale overleg Zorg op afstand - welke is samengesteld uit de volgende personen (op alfabetische volgorde):

Inge Borghuis	ActiZ, programmteam Zorg op afstand
Marten Brittijn	Zorgverzekeraars Nederland (ZN, tot 1 april 2008)
Jan Coolen	Zorgverzekeraars Nederland (ZN, 1 april 2008 tot 1 juni 2008)
Anneke Duine	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Ytje Hiemstra	Mezzo
Harm Jan Klaassen	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Rina Meijer	Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), mede namens Nederlands Patiënten en Consumenten Platform (NPCF, vanaf 1 april 2008)
Alfons Nederkoorn	Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), mede namens Nederlands Patiënten en Consumenten Platform (NPCF, tot 1 december 2007)
Pieter Roelfsema	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Walter Salzmänn	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Inge Schoenmakers	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Peter Stevens	(namens) Actiz, programmteam Zorg op afstand
Marijke Verbeek	Zorgverzekeraars Nederland (ZN, vanaf 1 juni 2008)
Sjoerd Visser	ActiZ, programmteam Zorg op afstand

Wij danken de leden van het nationale overleg hartelijk voor hun inbreng. Daarnaast is regelmatig overleg gevoerd met het netwerk van aanbieders van Zorg op afstand, waarin de managers/projectleiders die druk bezig zijn om Zorg op afstand binnen de eigen thuiszorgorganisatie op te zetten, deelnemen. Ook zij zijn nauw betrokken bij de monitor Zorg op afstand en hun praktijkervaring is van groot belang geweest bij de totstandkoming van dit rapport.

De invoering van Zorg op afstand bij individuele thuiszorgorganisaties wordt ook door onderzoekers van andere bureaus vanuit specifieke invalshoeken gevolgd. Van tijd tot tijd vindt er overleg en afstemming plaats tussen de verschillende onderzoeken, en wij danken de collega-onderzoekers voor hun commentaar.

Het project is uitgevoerd door dr. José Peeters, onderzoeker NIVEL en begeleid door dr. Anneke Francke, programmaleider van het onderzoeksthemagebied Verpleging & Verzorging NIVEL, met tijdelijke vervanging door dr. Anke de Veer, senior onderzoeker NIVEL. Chantal Hillebregt heeft als stagiaire van het NIVEL, in het kader van haar

afstudeeropdracht van de studie Medische Antropologie en Sociologie aan de Universiteit van Amsterdam, de kwalitatieve interviews met cliënten gevoerd, geanalyseerd en gerapporteerd.

Wij hopen dat dit rapport een bijdrage zal leveren aan de discussie over mogelijke technologische, innovatieve oplossingen voor een toenemende zorgvraag en een groeiende schaarste aan verpleegkundigen en verzorgenden. Het is een uitdaging voor de toekomst om creatief om te gaan met de mogelijkheden die nieuwe technologieën bieden.

Utrecht, 2008

Samenvatting

In deze samenvatting worden het doel, de onderzoeksopzet en de belangrijkste resultaten van de monitorpeiling najaar 2007 gepresenteerd. Tevens wordt ingegaan op de betekenis van de gevonden resultaten voor de verdere ontwikkeling van Zorg op afstand (videocommunicatie en telebegeleiding) binnen de thuiszorg in Nederland.

Videocommunicatie

Zorg op afstand, ofwel alle zorg die niet fysiek door een zorgmedewerker bij de cliënt thuis wordt geleverd, is in ontwikkeling. Videocommunicatie tussen de cliënt en de medewerker van de zorgcentrale is een sprekend voorbeeld van Zorg op afstand. Op dit moment bestaat videocommunicatie 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. ActiZ (brancheorganisatie voor zorgaanbieders) beschouwt deze vorm van zorg als belangrijke technologische ontwikkeling om de groeiende zorgvraag van ouderen en chronisch zieken bij een inkrimpende arbeidsmarkt het hoofd te kunnen bieden, en ondersteunt zorgorganisaties hierbij.

Telebegeleiding

Twee thuiszorgorganisaties bieden sinds 2006 telebegeleiding aan diabetes- en COPD-clieñten ter ondersteuning van zelfmanagement en bevordering van een gezonde leefwijze van mensen in een vroeg stadium van diabetes of COPD (longziekte). Clieñten 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 of door de huisarts contact opgenomen met de cliënt.

Doel van de monitor

De monitor Zorg op afstand (eerder genoemd Monitor Videonetwerken, met als peilingen 2005 en 2006) heeft als hoofddoel door middel van herhaalde, jaarlijkse metingen inzicht te geven in hoe de gefaseerde invoering van videocommunicatie en telebegeleiding bij thuiszorgorganisaties (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. In het eerste peiljaar 2005 heeft zowel

een uitgebreide monitorpeiling plaats gevonden onder cliënten, zorgcentralisten en managers van de thuiszorgorganisaties, als een zogenaamde beperkte peiling onder managers/projectleiders. De peiling in 2006 betrof opnieuw een beperkte peiling onder managers/projectleiders. De monitor Zorg op afstand, met als peildatum november 2007, is weer uitgebreid van aard: cliënten, mantelzorgers, zorgcentralisten, thuiszorgmedewerkers en managers hebben een schriftelijke vragenlijst ingevuld. In dit rapport staan de resultaten van deze laatste peiling centraal.

Opzet van het onderzoek

Deze monitorpeiling omvat een kwantitatief deel en een kwalitatief deel, waarbij we onderscheid hebben gemaakt tussen cliënten die gebruik maken van videocommunicatie en cliënten die telebegeleiding ontvangen.

Het kwantitatieve deel bestaat uit vragenlijstonderzoek onder cliënten met een aansluiting op een systeem voor videocommunicatie (N=254), mantelzorgers van cliënten (N=136), zorgcentralisten/verpleegkundigen (N=38), thuiszorgmedewerkers (N=11) en managers van thuiszorgorganisaties (N=7). Voor het vragenlijstonderzoek onder cliënten met telebegeleiding is informatie verkregen van cliënten (N=34), mantelzorgers van cliënten (N=21), verpleegkundigen (N=7), thuiszorgmedewerkers (N=3) en managers van thuiszorgorganisaties (N=2). Het kwalitatieve deel hield aanvullende diepte-interviews in met twintig cliënten in de thuissituatie (negentien cliënten met videocommunicatie en één cliënt met telebegeleiding).

In verband met deelname aan een eigen onderzoek naar de effecten van videocommunicatie heeft één thuiszorgorganisatie besloten, vanwege tijdgebrek niet mee te doen aan het schriftelijk vragenlijstonderzoek van het NIVEL. Daar waar relevant hebben we de gegevens van het aparte, afzonderlijke onderzoek meegenomen (Boonstra et al., 2008). We vergelijken de bevindingen van deze monitorpeiling van 2007 met die van eerdere peilingen in 2005 en 2006.

Resultaten aan de hand van de onderzoeksvragen

Hoe functioneert videocommunicatie en hoe is videocommunicatie binnen de thuiszorgorganisaties georganiseerd (onderzoeksvragen 1 en 2)?

Tien thuiszorgorganisaties hebben aan deze peiling meegedaan. Twee deelnemende thuiszorgorganisaties zijn onderdeel van een grote fusieorganisatie; omdat deze organisaties een eigen Zorg op afstand concept hebben en een eigen systeem voor videocommunicatie, zijn deze afzonderlijk meegenomen in deze monitorrapportage. Acht thuiszorgorganisaties leveren daadwerkelijk zorg via videocommunicatie; twee thuiszorgorganisatie hebben vanwege een faillissement van de leverancier van videocommunicatie tijdelijk moeten stoppen, maar zijn wel bezig om een doorstart te maken. De meerderheid van hen heeft concrete plannen om het aantal cliënten met videocommunicatie op te schalen, en twee thuiszorgorganisaties zijn gestart met de implementatie van Zorg op afstand in het reguliere werkproces binnen de organisatie. De oorspronkelijke verwachting van de thuiszorgorganisaties was dat vooral de groep ouderen en chronisch zieken met een AWBZ- indicatie 'verpleging' en/of 'persoonlijke verzorging' een aansluiting op de videocommunicatie zouden hebben. Momenteel blijken ook veel ouderen zonder AWBZ- indicatie te zijn aangesloten: in 2007 heeft 58% van de aangesloten cliënten een indicatie voor AWBZ-zorg. Sommige thuiszorgorganisaties

richten zich ook juist op cliënten zonder zorgindicatie, en bieden een breed arrangement van zorg en diensten aan. Alle thuiszorgorganisaties die Zorg op afstand aanbieden werken samen met technische bedrijven of andere zorgaanbieders in de regio. De ontwikkelde systemen en technieken, waar de thuiszorgorganisaties gebruik van maken, zijn uiteenlopend van aard en bepalen voor een deel het aanbod van zorg, diensten en producten.

Het aanbod van zorg en diensten via videocommunicatie was in 2005 nog voornamelijk beperkt tot de AWBZ-indicatie verpleging-basis (herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen) en in iets mindere mate verpleging-extra (advies, instructie en begeleiding hoe om te gaan met ziekte en hulpmiddelen), psychosociale begeleiding en de zogenaamde goedemorgen en goedenavond services. De ondervraagde managers gaven in 2006 aan te verwachten dat het aanbod via videocommunicatie in de toekomst uitgebreid zal worden met (voornamelijk) personenalarmering, contact met de huisarts en contact met familie of andere naasten en lotgenoten. In 2007 bestaat het aanbod nog steeds uit verpleging-basis, ondersteunende begeleiding en goedemorgen en goedenavond services, maar het aanbod is wel uitgebreid met persoonlijke verzorging-basis en personenalarmering. Contact met familie of andere naasten en lotgenoten wordt, in tegenstelling tot de verwachting, in november 2007 slechts door twee thuiszorgorganisaties aangeboden, terwijl contact met de huisarts via videocommunicatie tot nu toe bij geen enkele organisatie mogelijk is.

Cliënten willen, zo komt uit de diepte-interviews naar voren, naast het huidige zorg- en diensten aanbod via videocommunicatie, vooral graag via het beeldscherm contact kunnen maken met familie (kinderen en kleinkinderen) en andere naasten. Dat zou voor hen een belangrijke aanvulling zijn op de huidige mogelijkheden.

Wat zijn de redenen van cliënten om gebruik te maken van videocommunicatie en wat zijn de meningen en ervaringen van cliënten en mantelzorgers ten aanzien van videocommunicatie (onderzoeksvraag 3)?

Beeldcontact via videocommunicatie is voor cliënten en hun naasten een nieuw verschijnsel. De motieven van cliënten om een aansluiting op videocommunicatie te nemen, liggen vooral op het vlak van veiligheid en de wens om langer zelfstandig, in de eigen woonomgeving, te kunnen blijven wonen. Deze redenen zijn in de loop der tijd niet veranderd.

Een kwart van de cliënten heeft bewust gekozen voor videocommunicatie (27%) en wilde dit graag zelf. Drie op de tien cliënten (29%) zegt gevraagd te zijn door de (verpleegkundige van) de thuiszorgorganisatie om deel te nemen aan de proef of zegt dat de partner, zoon of dochter op deelname heeft aangedrongen (11%). Een ander deel van de cliënten heeft er uit nieuwsgierigheid voor gekozen (6%) of omdat het nu (nog) gratis is (24%). Bij een wooncomplex van één thuiszorgorganisatie was de aansluiting op videocommunicatie aanwezig in de woning, en in die zin niet 'vrijwillig' (24%).

De meeste cliënten zijn tevreden over het gemak waarmee het systeem te bedienen is, maar voor een vijfde deel van de cliënten is de techniek 'lastig'. Cliënten zijn eveneens tevreden met het aanbod van zorg, diensten en producten via videocommunicatie. De meerwaarde is dat de cliënt op elk moment van de dag (of nacht) rechtstreeks contact kan

opnemen met de zorgcentrale van de thuiszorgorganisatie en dat verhoogt het gevoel van veiligheid. Vooral het oogcontact met de medewerker van de zorgcentrale wordt gewaardeerd door cliënten en als ‘handig’ ervaren om voorwerpen, zoals medicijndoosjes, te kunnen laten zien. Het feit dat de zorgcentralist in de woonkamer van de cliënt kan kijken wordt door cliënten veelal niet als aantasting van de privacy ervaren. De meerderheid van cliënten ervaart de beeldkwaliteit (76%) en de kwaliteit van het geluid (80%) als goed. Dat neemt niet weg dat bijna de helft van de cliënten (47%) aangeeft dat er verbeteringen mogelijk zijn op het gebied van de techniek of de bediening.

Cliënten maken echter veelal weinig gebruik maken van videocommunicatie. Een kwart van de cliënten (26%) heeft de week, voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, contact gehad met de zorgcentralist; ruim een tiende deel van de cliënten (12%) geeft aan (bijna) nooit contact te maken met de zorgcentrale. Als reden hiervoor geven cliënten aan dat zich geen (urgente) situatie heeft voorgedaan.

Thuiszorgorganisaties verschillen overigens in de mate waarin ze cliënten stimuleren tot het gebruik van videocommunicatie: bij sommige organisaties nemen medewerkers van de zorgcentrales op vaste tijden contact op met de cliënt, zoals bij de goedemorgen en goedenavond service. Bij andere organisaties, die geen goedemorgen en goedenavond service leveren, is het contact met cliënten via het beeldscherm veel minder frequent en ongepland.

Cliënten maken, zo geven ze zelf aan, vooral gebruik van videocommunicatie wanneer zij daar zelf behoefte aan hebben. Een derde van de ondervraagde cliënten gebruikt videocommunicatie vooral voor een sociaal praatje met de zorgcentralist.

Driekwart van de cliënten en de meerderheid van de mantelzorgers (63%) vinden videocommunicatie een geweldige uitvinding. Zeven op de tien (71%) cliënten geven aan dat hun gevoel van veiligheid is toegenomen, sinds ze gebruik maken van videocommunicatie. Vier op de tien cliënten (40%) zeggen meer emotionele ondersteuning van de thuiszorg te ontvangen, sinds ze gebruik maken van videocommunicatie. Een derde van de cliënten meent dat videocommunicatie ertoe bijdraagt dat ze zelfredzamer (34%) en zelfstandiger (32%) zijn, zodat ze langer thuis kunnen blijven wonen. De meerderheid van de cliënten (66%) wil videocommunicatie in de toekomst graag houden. Mantelzorgers zijn blij met het ‘toezicht’ door de zorgcentrale.

Wat zijn meningen en ervaringen van zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers ten aanzien van videocommunicatie (onderzoeksvraag 4)?

De meeste ondervraagde zorgcentralisten zijn positief over de beeldkwaliteit (89%) en de geluidskwaliteit (88%). Tegelijkertijd hebben alle zorgcentralisten aangegeven dat er van tijd tot tijd problemen (storingen) zijn met de techniek, en dat deze voor verbetering vatbaar is.

Het feit dat oogcontact mogelijk is blijkt voor veel zorgcentralisten een belangrijke meerwaarde te hebben, vergeleken met telefonisch contact. Op die manier kan de situatie van de cliënt beter worden ingeschat door de zorgcentralist, en kan de cliënt eerder worden gerustgesteld.

De mogelijkheden aan zorg en dienstverlening die via videocommunicatie worden aangeboden zijn volgens de ondervraagde zorgcentralisten voldoende (78%).

Zorgcentralisten (67%) en ook thuiszorgmedewerkers (55%) hebben de indruk dat door videocommunicatie cliënten langer en zelfstandiger thuis kunnen blijven wonen. Ook biedt videocommunicatie cliënten 'n luisterend oor, zo is de meerderheid van de zorgcentralisten van mening (69%).

Zorgcentralisten (81%), en ook thuiszorgmedewerkers (80%), beschouwen videocommunicatie voor cliënten en als een geweldige uitvinding.

Acht op de tien zorgcentralisten (81%) vinden dat hun werk gevarieerder en aantrekkelijker is geworden dankzij de videocommunicatie. Van de andere kant ervaart een derde van de zorgcentralisten (33%) dat de werkdruk is toegenomen als gevolg van de combinatie van werkzaamheden bij de zorgcentrale en andere werkzaamheden.

Ervaringen met telebegeleiding

Cliënten die telebegeleiding ontvangen zijn mensen met een chronische ziekte of aandoening, diabetes of COPD (longziekte). Beoogde effecten zijn trainen in zelfmanagement, effectieve bewaking van medicijngebruik en efficiënte activering van cliënten. Cliënten maken vooral gebruik van telebegeleiding omdat ze graag meer en betrouwbare informatie willen hebben over hun ziekte. Een derde van de cliënten met telebegeleiding (32%) zegt zich veiliger te voelen en een kwart van de cliënten (25%) is van mening zich beter te kunnen redden in het dagelijkse leven.

Conclusies

Dit rapport beschrijft hoe de organisatie van videocommunicatie en telebegeleiding in Nederland momenteel wordt vormgegeven, om hoeveel cliënten het gaat en wat de ervaringen zijn van gebruikers (cliënten en mantelzorgers), medewerkers van thuiszorgorganisaties (zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers) en managers. Er is ook inzicht verkregen in de verschillende perspectieven van de betrokken partijen en de (meer)waarde en de effecten van Zorg op afstand door middel van videocommunicatie en telebegeleiding. Op basis van de resultaten van deze kwantitatieve monitor, en de aanvullende diepte-interviews bij cliënten thuis, kunnen we het volgende concluderen.

De verwachting dat de inzet van videocommunicatie in de zorg voor ouderen thuis en voor mensen met een beperking leidt tot een vergroting van een gevoel van veiligheid, zelfstandigheid en tot versterking van de zelfredzaamheid van cliënten, is uitgekomen. De ervaringen met videocommunicatie en telebegeleiding zijn overwegend positief. Uit deze peiling komt naar voren dat de meeste cliënten zich veiliger voelen door de mogelijkheid van videocommunicatie. Zorg op afstand via videocommunicatie biedt ook mogelijkheden aan ouderen en mensen met een beperking om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen. Voor cliënten die telebegeleiding ontvangen betekent dit dat ze meer inzicht krijgen in hun leefwijze, beter de regie kunnen voeren en zich om die reden veiliger en zelfstandiger voelen. Cliënten willen het systeem voor videocommunicatie na de proefperiode graag houden.

Dat de techniek nog in ontwikkeling is en bij een aantal thuiszorgorganisaties nog niet optimaal functioneert, blijkt uit de vele opmerkingen die cliënten hierover hebben

gemaakt. Op het moment dat de techniek niet goed werkt, doet dat afbreuk aan het vertrouwen van cliënten dat hun veiligheid gegarandeerd is.

Uit de diepte-interviews met cliënten bleek dat zij in eerste instantie vaak andere verwachtingen hadden over de mogelijkheden van videocommunicatie, bijvoorbeeld dat zij ook contact met de kinderen zouden kunnen maken via het systeem. Aan deze verwachting is door de thuiszorgorganisatie lang niet altijd voldaan, mede doordat dit technisch gezien (nog) te hoog gegrepen is voor sommige organisaties.

Mantelzorgers van cliënten die gebruik maken van videocommunicatie zijn veelal geruster, voelen zich meer ondersteund en geven aan dat de zorg hen minder zwaar valt. Opvallend is verder dat mantelzorgers over het algemeen minder positief zijn over de effecten van videocommunicatie en telebegeleiding voor cliënten, dan de cliënten zelf.

Ook zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers oordelen positief over deze nieuwe ontwikkeling in de zorg. Ze zijn van mening dat cliënten, dankzij videocommunicatie, langer thuis kunnen blijven wonen en ervaren dat cliënten minder eenzaamheidsgevoelens hebben, door de emotionele ondersteuning (luisterend oor) van de medewerkers van de zorgcentrale.

Het werken als zorgcentralist leidt voor de meeste medewerkers tot een positievere werkbeleving: het werk is gevarieerder geworden, maar tegelijkertijd is door de combinatie van taken de werkdruk verhoogd. De functie van zorgcentralist biedt volgens medewerkers van de zorgcentrale mogelijkheden voor verzorgenden en verpleegkundigen die nu (nog) niet aan het werk zijn. Zorgcentralisten zijn minder tevreden over de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening via videocommunicatie en geven aan dat het aanbod veel verder ontwikkeld zou kunnen worden.

Voor managers van thuiszorgorganisaties speelt, naast het vergroten van de veiligheid en zelfstandigheid van ouderen en mensen met een beperking, het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg een belangrijke rol. Thuiszorgorganisaties hopen op lange termijn, door zorg aan huis (deels) te vervangen door zorg via beeldcontact, de kosten te verlagen. Ook zien zij zich, door de (toekomstige) personeelskrapte, genoodzaakt tot het nemen van financiële risico's.

Een tweede verwachting, namelijk dat de inzet van videocommunicatie in de zorg van ouderen thuis en mensen met een beperking er toe leidt dat er minder zorgverleners nodig zijn, is minder makkelijk te onderzoeken. In het schriftelijk vragenlijstonderzoek is een aantal vragen gesteld die op dit onderwerp betrekking hebben. Een vijfde van de cliënten (19%) geeft aan dat hij/zij, als gevolg van de mogelijkheid van videocommunicatie, professionele hulpverleners minder nodig heeft. Vier op de tien zorgcentralisten ervaren dat cliënten professionals minder nodig hebben (43%), nu ze gebruik maken van beeldcontact via het systeem voor videocommunicatie.

Twee van de veertien ondervraagde thuiszorgmedewerkers hebben de indruk dat cliënten minder zorg ontvangen, bijvoorbeeld als zij via videocommunicatie worden geattendeerd op medicijnname, terwijl er voorheen een medewerker van de thuiszorg langs ging. De 'winst' van de videocommunicatie zit dan in de reistijd van de thuiszorgmedewerker. Het beeldcontact met cliënten biedt de mogelijkheid om op afstand advies en begeleiding te

geven, en bij nood kan de situatie beter worden ingeschat en adequaat worden gereageerd. Vervolgonderzoek (in voorbereiding) waarbij vergelijkingen worden gemaakt met een referentiegroep die geen videocommunicatie krijgt, moet meer inzicht geven in de effecten op zorggebruik.

De ontwikkeling van Zorg op afstand is veel belovend. Inmiddels hebben al heel wat cliënten en mantelzorgers ervaring met de videocommunicatie en telebegeleiding en de techniek is min of meer beproefd. De groep cliënten die gebruik maakt van Zorg op afstand is een andere dan verwacht, namelijk naast de chronisch zieken en ouderen, cliënten zonder AWBZ-indicatie, ter ondersteuning van de sociale contacten. Dit maakt de bekostiging van deze technologie voor thuiszorgorganisaties extra lastig, omdat de middelen uit andere geldstromen, bijvoorbeeld de Wmo, zouden moeten komen. Ook ervaren thuiszorgorganisaties een aantal belemmeringen om tot opschaling te komen, zoals onduidelijkheid over de wensen en behoeften van cliëntgroepen, faillissement van technische bedrijven en de financiering van Zorg op afstand.

Thuiszorgorganisaties die Zorg op afstand aanbieden zijn momenteel druk bezig met de implementatie in het reguliere zorgproces en dat vergt de nodige inspanningen. Door met deze monitor het proces te blijven volgen en beschrijven, wordt transparant op welke manier thuiszorgorganisaties gebruik maken van nieuwe technologieën en wat hier de effecten van zijn voor de kwaliteit van zorg- en dienstverlening aan hun cliënten.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en voorgeschiedenis

De Nederlandse gezondheidszorg zal in de nabije toekomst te maken hebben met een fors aantal uitdagingen (RVZ, 2001, 2006; SER, 2008). Mensen worden steeds ouder en ouderen hebben vaak meer zorg nodig. Het aantal mensen dat thuis zorg ontvangt, zal de komende jaren sterk toenemen en er komen ook meer chronisch zieken (Blokstra & Verschuren, 2007). Veel chronisch zieken en ouderen willen zo lang mogelijk in de eigen woning en in hun eigen leefomgeving blijven wonen.

Het is echter de vraag of in de toekomst, mede door de vergrijzing, nog voldoende mensen beschikbaar zullen zijn om die zorg te verlenen (Van der Windt, e.a., 2007; RegioMarge 2007; STG/HMF, 2008; WRR, 2008). Ook de sterk groeiende kosten van de gezondheidszorg maakt het zoeken naar innovaties nodig.

Tegelijk met de toenemende vraag en het afnemend aantal ‘handen aan het bed’, nemen de technologische mogelijkheden voor de zorg thuis toe. Technologie kan een belangrijke bijdrage leveren om de kwaliteit van de zorg overeind te houden (Thie, 2008). Het gebruik van een beeldscherm en camera in de zorg, ofwel videocommunicatie, is een innovatie die momenteel in de Nederlandse gezondheidszorg wordt ingevoerd.

Geïnspireerd door diverse positieve ervaringen in het buitenland ontstonden er rond 2003 op verschillende plaatsen in Nederland bij thuiszorgorganisaties en ICT-bedrijven initiatieven voor de ontwikkeling van videocommunicatie. De uitkomsten van het Europese Unieproject ACTION (Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older persons' Needs; Magnusson et al, 1998) hebben voor Nederlandse betrokkenen (georganiseerd in de toenmalige Stichting ThuiszorgOnline) mede als basis gediend voor de invoering van videocommunicatie in Nederland. Tegelijkertijd ontstonden ook bij andere thuiszorgorganisaties en technische of ICT-bedrijven initiatieven voor de ontwikkeling van videocommunicatie. In hoofdstuk 3 (Tabel 3.3) is een overzicht te vinden van de verschillende systemen op het gebied van videocommunicatie die in Nederland worden toegepast.

Thuiszorgorganisaties hebben de mogelijkheid een systeem voor videocommunicatie op te zetten met behulp van financiële steun van bijvoorbeeld de NZa-Beleidsregel Regeling Zorginfrastructuur (per 1 januari 2006) of de zogenaamde Screen to screen regeling, die mede tot stand is gekomen door toedoen van ActiZ. In het kader van de Screen to screen regeling mag videocommunicatie worden ingezet voor thuiswonende, chronisch zieke cliënten die geen intramurale zorg ontvangen en zijn geïndiceerd voor ‘verpleging’ en/of ‘persoonlijke verzorging’. Deelnemende zorgaanbieders mogen naast de werkelijk geleverde zorg zowel thuis als via de Screen to screen regeling, per cliënt per maand, vier uur ‘verpleging basis’ declareren (Beleidsregel CA-15; CA-94, CA-123). Dat is

gebaseerd op de aanname dat door de inzet van screen to screen zorg minder ‘fysieke’ zorg voor de cliënt in de thuissituatie nodig is, wat binnen de huidige bekostigingsproblematiek tot omzetverlies voor de zorgaanbieder zou lijden.

Bij het ontwerpen van de screen to screen regeling ging de NZa er van uit dat vooral bij cliënten die een AWBZ-indicatie hebben voor ‘*verpleging*’ videocommunicatie zou kunnen worden ingezet. Inmiddels is de doelgroep van de experimenteerregeling van de NZa uitgebreid met de groep cliënten die ‘*persoonlijke verzorging*’, al dan niet in combinatie met ‘verpleging’ ontvangen. De praktijk wijst echter uit dat thuiszorgorganisaties vooral cliënten weten te bereiken en te motiveren voor videocommunicatie die geen indicatie voor AWBZ-zorg hebben. Hier komen we later in dit rapport nog op terug (paragraaf 3.3).

1.2 Wat is Zorg op afstand?

Videocommunicatie kan worden gerekend tot Zorg op afstand. Hierbij gaat het om zorg- en dienstverlening waarbij de zorgverlener niet fysiek aanwezig is. De basis van videocommunicatie is een beeld- en geluidverbinding waarmee de cliënt en de medewerker van de zorgcentrale elkaar kunnen zien en met elkaar kunnen spreken. In de meest uitgebreide variant zijn er camera’s op meer plekken in het huis van de cliënt geplaatst. De zorgcentrale kan de camera’s op afstand besturen (draaien, inzoomen) om bijvoorbeeld medicijngebruik te controleren of een bepaald aspect van de gezondheid van de cliënt te beoordelen.

Bij videocommunicatie gaat het dus steeds om een zelfde soort technologie, een beeldscherm en camera, die voor verschillende toepassingen wordt gebruikt.

Videocommunicatie kan ook worden gebruikt om toegang te krijgen tot voor de zorg van de cliënt belangrijke informatie, zoals achtergrondinformatie over het ziektebeeld of instructiefilmpjes over bijvoorbeeld eerste hulp bij spoedeisende situaties thuis.

Beeldcontact via videocommunicatie kan ook worden uitgebreid met het meten en bewaken (monitoring) van medische gegevens, zoals bloeddruk, gewicht of bloedsuiker. Tot slot kan het sociale contact van de cliënt worden vergroot door videocontact met de zorgcentrale of met familie of vrienden. Deze laatste mogelijkheid is nog in ontwikkeling. Een voorwaarde voor videocommunicatie is dat er altijd een garantie is op zorgopvolging, wanneer dat nodig is.

Daarnaast kunnen cliënten met diabetes of een longziekte (COPD) telebegeleiding krijgen. Dat kan via een digitaal diabetesdagboek of een internettoepassing in de vorm van een Health Buddy. Dit is een apparaat waarmee lichamelijke kenmerken kunnen worden ingevoerd, zoals bloedglucosewaarde, bloeddruk en gewicht.

1.3 Netwerk Zorg op afstand

Het netwerk Zorg op afstand maakt - naast een aantal andere innovatieve experimenten in Nederland - deel uit van de eerste fase van het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg (www.tplz.nl). Deze experimenten zijn onderdeel van een ‘transitie’, wat beschouwd kan worden als een innovatie van het gehele (zorg)systeem. Het doel van het

transitieprogramma is het in gang zetten van innovaties die een bijdrage leveren aan een oplossing voor de toenemende zorgvraag.

ActiZ beschouwt de invoering van Zorg op afstand als een belangrijke ontwikkeling en wil zorgaanbieders daarbij ondersteunen. ActiZ heeft het doel en het takenpakket van Zorg op afstand neergelegd in het meerjarenprogramma ‘Zorg op afstand Dichterbij 2007-2010’ (ActiZ, 2008): ‘Het aan de hele sector Verpleging, Verzorging & Thuiszorg beschikbaar stellen van kennis en ervaring, het bieden van ondersteuning en het bevorderen van implementatie op het gebied van zorg op afstand’. Het monitoren van ontwikkelingen van Zorg op afstand is voor het verzamelen en spreiden van kennis van belang, evenals voor het scheppen van gunstige voorwaarden. Het takenpakket is in de loop der jaren uitgegroeid en heeft zich verder uitgekristalliseerd.

Alle thuiszorgorganisaties in Nederland die bezig zijn met de ontwikkeling en implementatie van Zorg op afstand binnen hun organisatie én zijn toegelaten tot de Screen to screen regeling¹, zijn verenigd in het netwerk Zorg op afstand (box 1.1). Eind 2007 hebben de deelnemers een samenwerkingsovereenkomst getekend en is het netwerk officieel van karakter. In het netwerk nemen de volgende thuiszorgorganisaties deel (op alfabetische volgorde):

Box 1.1 Deelnemers netwerk Zorg op afstand, peiling november 2007

Amant Thuiszorg (Amersfoort)
Aveant (Utrecht)
Careyn Zorggroep (Schiedam)
Meavita Nederland (Den Haag, Sensire, Thuiszorg Groningen)
Thuiszorg Het Friese Land (Leeuwarden ²)
Thuiszorg Groot Rijnland (Leiden)
Thuiszorg Noord Limburg (Venray)
Orbis Thuis (Sittard)
Vierstroomdeзорring (Gouda)
ZuidZorg (Eindhoven)

Het doel van het netwerk is kennis te delen en te verdiepen en daarvoor gunstige voorwaarden te (doen) scheppen. Daarnaast nemen alle organisaties deel aan de monitor Zorg op afstand.

1.4 Visie op zorg

De aan het netwerk deelnemende thuiszorgorganisaties verwachten dat door Zorg op afstand in een aantal situaties minder fysieke professionele zorg nodig zal zijn (Stevens, 2006). Zo kan de zorgcentrale van de thuiszorgorganisatie bijvoorbeeld 's nachts op

¹ Tot deze regeling toegelaten instellingen krijgen, voor aan het videonetwerk aangesloten cliënten, boven op de reguliere zorg, vier uur verpleging-basis per maand vergoed als compensatie voor omzetsderving.

² Vanwege opzegging van het lidmaatschap van ActiZ is deelname van het netwerk Zorg op afstand in februari 2008 beëindigd.

afstand een oogje in het zeil houden bij dwaalgedrag van een persoon met dementie, en hoeft men niet meer naar de woning van de cliënt toe. Beter gezegd, dat met eenzelfde aantal professionals soms méér zorg zal kunnen worden geleverd.

Verondersteld wordt ook dat cliënten zich veiliger voelen, omdat ze elk moment van de dag of nacht verbinding kunnen maken met de zorgcentrale bij calamiteiten en weten dat zorgopvolging gegarandeerd is. Ook kunnen cliënten die nog geen zorg nodig hebben, bij de zorgcentrale terecht voor advies of voor een praatje (sociaal contact). In die zin zou videocommunicatie preventief kunnen werken, omdat deze cliënten minder snel een beroep zullen doen op de zorg.

Zorg op afstand moet op termijn onderdeel worden van een breed *zorgarrangement* (Stevens, 2006). Hierbij valt te denken aan service en ontspanning, welzijn, preventie, veiligheid, zorg (care) maar ook zorg uit de tweede lijn (cure). Onder een *zorgarrangement* verstaan we *'een geheel van zorgactiviteiten en diensten, dat aan een zorgvrager wordt aangeboden en/of geleverd'*. Het arrangement kan worden aangeboden door één zorgaanbieder of door meerdere zorgaanbieders samen.

Elke thuiszorgorganisatie met videocommunicatie zal haar eigen arrangement samenstellen, maar daarbij wel afhankelijk zijn van de technische mogelijkheden van de leveranciers, met wie de organisatie samenwerkt. Organisaties letten bij het samenstellen van deze arrangementen op de behoeften aan zorg, maar ook aan de behoefte aan veiligheid, sociaal contact en welzijn. Door in te spelen op die behoeften, is de verwachting dat de zelfredzaamheid van mensen wordt vergroot en de vraag naar professionele zorg vermindert (Stevens, 2006).

1.5 Van pilot naar opschaling

Zorgaanbieders bieden screen to screen zorg meestal eerst als pilot en in projectvorm aan, om vervolgens te gaan opschalen. Met *opschalen* bedoelen we: zorgarrangementen met videocommunicatie regulier aanbieden en het ontwikkelen van brede arrangementen met care, cure en welzijn (Stevens, 2008). De helft van de thuiszorgorganisaties, die Zorg op afstand aanbieden, verkeert nog in de pilotfase; de andere helft heeft concrete plannen om tot opschaling te komen of is bezig met het implementeren van Zorg op afstand via videocommunicatie in de reguliere zorg.

Opschaling van Zorg op afstand zal stapsgewijs gebeuren.

- (1) De eerste stap is, dat de twee zorgorganisaties Meavita Nederland en ZuidZorg, die nu al bezig zijn met het regulier aanbieden van Zorg op afstand, brede zorgarrangementen gaan ontwikkelen. In het projectplan *'Van experimenten naar arrangementen'* (ActiZ, Meavita Nederland & ZuidZorg, 2007) staan de plannen tot opschaling van zorgarrangementen met videocommunicatie in de periode 2007-2010 precies vermeld.
- (2) De tweede stap zal zijn, dat de andere zorgorganisaties Zorg op afstand ook regulier gaan aanbieden. En vervolgens ook gaan werken met de brede zorgarrangementen,

- zoals die door de koplopers Meavita Nederland en ZuidZorg worden ontwikkeld³.
- (3) De derde stap zal zijn dat Zorg op afstand in geheel Nederland kan worden geïmplementeerd, op basis van de ervaringen en kennis opgedaan in het Netwerk Zorg op afstand.

1.6 Monitor Zorg op afstand

Om te volgen hoe de invoering en opschaling van Zorg op afstand in de Nederlandse thuiszorg gestalte krijgt, is begin 2005 op verzoek van (de voorloper van) ActiZ gestart met de *Monitor Videonetwerken*, met een uitgebreide peiling in het voorjaar van 2005 en tussentijdse peilingen in het najaar van 2005 en 2006 (Bos et al, 2005; Bos et al., 2006; Peeters et al; 2007). Ten tijde van de eerste monitorpeiling van het NIVEL in februari 2005 beschikten vijf thuiszorgorganisaties over een systeem van videocommunicatie. In totaal waren op dat moment 206 cliënten aangesloten. In november 2006 was het aantal organisaties dat videocommunicatie aanbiedt gestegen naar zes, met in totaal 429 aangesloten cliënten.

In november 2007 heeft opnieuw een uitgebreide peiling plaatsgevonden onder de tien thuiszorgorganisaties die op dat moment videocommunicatie aanbieden en deel uit maken van het netwerk Zorg op afstand (tabel 1.1). Om de anonimiteit te waarborgen duiden we de deelnemende thuiszorgorganisaties in dit rapport voortaan aan met een nummer, ORG1 tot en met ORG10, net zoals we dat in de vorige monitorpeilingen hebben gedaan. ORG4 biedt verschillende concepten van Zorg op afstand aan, en om die reden is een onderscheid gemaakt tussen ORG4a, ORG4b, ORG4c.

Tabel 1.1 Deelname aan peilingen 2005, 2006 en 2007

Thuiszorg-organisatie	2005	2006	2007	Zorg op afstand	Reden géén deelname peiling 2007
ORG1	Ja	Nee	Nee	Geen cliënten aangesloten	Bezig met doorstart
ORG2	Ja	Ja	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG3	Nee	Nee	Nee	Geen cliënten aangesloten	Bezig met doorstart
ORG4a	Ja	Ja	Ja	Telebegeleiding ('Mijn Gezondheid')	N.v.t.
ORG4b	Ja	Ja	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG4c	Ja	Ja	Ja	Videocommunicatie	Eigen onderzoek, geen tijd voor deelname aan de monitor
ORG5	Ja	Ja	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG6	Ja	Ja	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.

tabel 1.1 wordt vervolgd

³ De ontwikkeling van zorgarrangementen door Meavita Nederland en ZuidZorg is tevens geselecteerd als transitie-experiment voor de eerste fase van het Landelijk Transitieprogramma in de Langdurende zorg.

vervolg tabel 1.1

Thuiszorg-organisatie	2005	2006	2007	Zorg op afstand	Reden géén deelname peiling 2007
ORG7	Nee	Nee	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG8	Nee	Ja	Ja	Telebegeleiding (Health Buddy)	N.v.t.
ORG9	Nee	Nee	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.
ORG10	Nee	Nee	Ja	Videocommunicatie	N.v.t.

Van de tien thuiszorgorganisaties die deel uitmaken van het netwerk Zorg op afstand hebben acht thuiszorgorganisaties daadwerkelijk cliënten die zijn aangesloten op een systeem voor videocommunicatie (tabel 1.1) en twee andere thuiszorgorganisaties bieden telebegeleiding (zie hoofdstuk 6) aan.

1.7 Opbouw van het rapport

Na dit hoofdstuk over de ontwikkeling van videocommunicatie (hoofdstuk 1), presenteren we in het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) de onderzoeksmethoden en de onderzoeksvragen, en geven we een beschrijving van de deelnemende onderzoeksgroepen: cliënten, mantelzorgers, zorgcentralisten, thuiszorgmedewerkers en managers. Hoofdstuk 3 rapporteert over de organisatie en het functioneren van Zorg op afstand binnen de verschillende thuiszorgorganisaties in Nederland. Hoofdstuk 4 geeft de mening en ervaringen weer van cliënten en mantelzorgers over het functioneren van videocommunicatie en de effecten er van. Ook de voor- en nadelen van videocommunicatie worden beschreven vanuit het gezichtspunt van cliënten en mantelzorgers. In hoofdstuk 5 beschrijven we de ervaringen van de zorgcentralisten en de thuiszorgmedewerkers met videocommunicatie. Hoofdstuk 6 geeft een impressie van de bevindingen van de twee thuiszorgorganisaties die een andere vorm van Zorg op afstand aanbieden, namelijk telebegeleiding. We ronden het rapport af met een beschouwing (hoofdstuk 7).

2 Opzet en methode

In dit hoofdstuk presenteren we de opzet van het onderzoek en de onderzoeksvragen. Tevens wordt een beschrijving gegeven van de onderzoeksgroepen, die hebben geparticipeerd in deze peiling.

2.1 Opzet van het onderzoek

Bij het onderzoek zijn vijf groepen respondenten betrokken die te maken hebben met videocommunicatie binnen de thuiszorg. Om te beginnen zijn (1) cliënten die gebruik maken van videocommunicatie ondervraagd en (2) hun naasten ofwel mantelzorgers (de partner, dochter, ander familielid of bekende die de cliënt het meeste ondersteunt). Het betreft mantelzorgers die zelfstandig gebruik kunnen maken van videocommunicatie en mantelzorgers die zelf géén gebruik kunnen maken van videocommunicatie. (3) Verder zijn zorgcentralisten die via videocommunicatie zorg, begeleiding en advies verlenen aan cliënten en (4) thuiszorgmedewerkers, die bij de cliënten met videocommunicatie aan huis zorg verlenen, ondervraagd. Tot slot (5) zijn ook de managers die binnen hun thuiszorgorganisatie verantwoordelijk zijn voor de invoering van videocommunicatie ondervraagd.

2.2 Onderzoeksvragen

De monitorpeiling van 2007 kan worden ingedeeld in:

- (1) een onderzoeksdeel dat gebaseerd is op *schriftelijke ondervraging* van direct betrokken partijen (kwantitatief deel) en
- (2) een deel dat is gebaseerd op *diepte-interviews* met cliënten die gebruik maken van videocommunicatie (kwalitatief deel).

2.2.1 Doel en onderzoeksvragen voor schriftelijk vragenlijstonderzoek

Het doel van dit onderzoeksdeel is inzicht te geven in hoe momenteel de organisatie van videocommunicatie in Nederland wordt vormgegeven, om hoeveel thuiszorgorganisaties en aansluitingen het gaat en ook in de achtergrondkenmerken van aangesloten cliënten (vraag 1 en 2). De vragen 3 en 4 zijn van belang om inzicht te krijgen in de perspectieven van alle direct betrokken partijen op de (meer)waarde en de effecten van videocommunicatie op bijvoorbeeld telefonisch contact, in de eerste plaats voor de aangesloten cliënten, maar ook voor andere betrokkenen. Daarbij zal, voor zover mogelijk, steeds gekeken worden naar eventuele veranderingen ten opzichte van eerdere

peilingen (vraag 5). Thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers van cliënten zijn in de eerdere monitorpeilingen van 2005 en 2006 niet ondervraagd; deze resultaten kunnen dus niet worden vergeleken met eerdere uitkomsten. Voor de andere onderzoeksgroepen kunnen we de resultaten op onderdelen wel vergelijken met de eerdere peilingen.

De vragen voor het schriftelijke vragenlijstonderzoek zijn:

1. Hoe functioneert videocommunicatie:
 - a. Hoeveel thuiszorgorganisaties bieden najaar 2007 videocommunicatie aan en hoeveel aansluitingen hebben ze?
 - b. Wat zijn de achtergrondkenmerken (bijvoorbeeld qua AWBZ-indicatie) van de aangesloten cliënten?
 - c. Wat verwachten managers van thuiszorgorganisaties voor effecten van zorg- en dienstverlening via videocommunicatie?
2. Hoe is de videocommunicatie binnen die thuiszorgorganisaties georganiseerd:
 - a. voor wat betreft het soort videocommunicatiesysteem waarvan men gebruik maakt (bijvoorbeeld al dan niet in combinatie met domotica en al dan niet via beeldscherm van televisie of internet)?
 - b. voor wat betreft de inrichting van de zorgcentrale (bereikbaarheid, aantal zorgcentralisten, protocollen en afspraken);
 - c. voor wat betreft het aanbod via videocommunicatie (soorten AWBZ-zorg of overige vormen van dienstverlening)?
 - d. voor wat betreft de inkomstenbronnen van videocommunicatie (subsidies)?
3. Wat zijn de redenen van cliënten om gebruik te maken van videocommunicatie, en wat zijn de meningen en ervaringen van cliënten, mantelzorgers, zorgcentralisten en overige betrokken thuiszorgmedewerkers ten aanzien van:
 - a. bedieningsgemak van het systeem;
 - b. kwaliteit en volledigheid van de zorg- en dienstverlening via videocommunicatie;
 - c. voor- en nadelen van videocommunicatie voor cliënten, mantelzorgers en thuiszorgorganisaties en hun medewerkers;
 - d. effecten van de aansluiting op videocommunicatie op de volgende kenmerken van cliënten: ervaren zelfstandigheid, zelfredzaamheid, emotionele ondersteuning en veiligheid?
4. Wat zijn de effecten van videocommunicatie op de werkbeleving van zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers?
5. Welke ontwikkelingen in de tijd (peilingen in de periode 2005 tot en met 2007), zijn waar te nemen voor wat betreft de onderwerpen die zijn genoemd in de voorgaande onderzoeksvragen?

2.2.2 Doel en onderzoeksvragen diepte-interviews met cliënten

Het doel van het kwalitatieve deel is nader inzicht krijgen in door cliënten ervaren effecten van de aansluiting van videocommunicatie op de zelfstandigheid en zelfredzaamheid, de voor- en nadelen van videocommunicatie, én in de wensen die cliënten hebben ten aanzien van de toekomstige dienstverlening via videocommunicatie.

De kwalitatieve interviews met cliënten over hun ervaringen met videocommunicatie, vormden een verdieping van het schriftelijke vragenlijstonderzoek onder cliënten. De topics hadden betrekking op de onderwerpen (zie onderzoeksvraag 3), namelijk (a) het bedieningsgemak van videocommunicatie (b) kwaliteit en volledigheid van de zorg- en dienstverlening en de instructieprogramma's via videocommunicatie (c) voor- en nadelen van videocommunicatie en (d) effecten van videocommunicatie op de volgende kenmerken van cliënten: ervaren zelfstandigheid, zelfredzaamheid, emotionele ondersteuning en veiligheid.

Daarnaast is met één cliënt die telebegeleiding ontving, gesproken. Deze cliënt is geïnterviewd over dezelfde, hierboven genoemde onderwerpen.

2.3 Aanpak schriftelijk vragenlijstonderzoek

2.3.1 Gegevensverzameling

Voor de monitor is een vijftal vragenlijsten gebruikt. Deels zijn het lijsten, die in eerdere peilingen door het NIVEL zijn gebruikt en aangepast voor deze peiling, deels zijn er nieuwe vragenlijsten ontwikkeld. De conceptvragenlijsten zijn getoetst op inhoud en begrijpelijkheid door de managers van de thuiszorgorganisaties en de leden van het nationale overleg Zorg op afstand. De conceptvragenlijsten voor cliënten en zorgcentralisten zijn van te voren uitgetest op lengte en begrijpelijkheid.

Vragenlijst voor cliënten

De vragenlijst voor cliënten (zie bijlage 1)⁴, zoals die in de meting van 2005 door het NIVEL is gebruikt, is drastisch ingekort om de cliënten niet onnodig te belasten. Wel is er voor gezorgd dezelfde vraagstelling te hanteren, zodat vergelijking op onderdelen met de resultaten uit eerdere peilingen mogelijk is. De vragen aan cliënten hadden vooral betrekking op de redenen voor gebruik van videocommunicatie, het gebruik van zorg- en diensten, hun mening over en ervaring met het gebruik en de effecten voor cliënten. Ook is gevraagd naar mogelijke suggesties voor verbetering van de techniek, bediening of uitbreiding van de zorg- en dienstverlening.

Vragenlijst voor mantelzorgers

De vragenlijst voor mantelzorgers is nieuw omdat mantelzorgers niet eerder zijn ondervraagd. De vragen komen voor een groot deel overeen met de vragen aan cliënten, zodat vergelijking tussen het oordeel van cliënten en het oordeel van mantelzorgers mogelijk is. Ook de effecten van Zorg op afstand voor mantelzorgers komen aan bod, en aan hen is gevraagd naar het gebruik van de zorg en diensten via videocommunicatie en hun ervaringen met videocommunicatie.

Vragenlijst voor zorgcentralisten

Met zorgcentralisten bedoelen we de medewerkers van de thuiszorg die vanuit de

⁴ De vragenlijsten voor de andere onderzoeksgroepen en het urenregistratieformulier zijn niet bijgevoegd omdat dit te veelomvattend is. Deze zijn voor geïnteresseerden op aanvraag te verkrijgen bij het NIVEL.

zorgcentrale via beeldcontact communiceren met cliënten thuis. Naast vragen over de werkervaring en opleiding is gevraagd naar hun mening over het functioneren en het gebruik van videocommunicatie voor henzelf en voor de aangesloten cliënten. Er is, ten opzichte van de vragenlijst uit 2005, een aantal vragen toegevoegd over de ervaren arbeidssatisfactie van het werken als zorgcentralist.

Vragenlijst voor thuiszorgmedewerkers

De vragenlijst voor thuiszorgmedewerkers die zorg aan huis leveren aan cliënten met een aansluiting op videocommunicatie, is nieuw: thuiszorgmedewerkers zijn niet eerder ondervraagd. De vragen hebben vooral betrekking op de effecten van videocommunicatie voor cliënten en de effecten op hun ervaren werkbeleving. Tevens is een vraag gesteld aan thuiszorgmedewerkers of ze van mening zijn dat cliënten meer, minder of andere soort ontvangen, sinds het gebruik van videocommunicatie.

Vragenlijst voor managers

Voorafgaand aan de definitieve ontwikkeling van de vragenlijst van de peiling in 2007 is overleg geweest met de managers van de thuiszorgorganisaties die (mede)verantwoordelijk zijn voor de invoering van videocommunicatie. Uitgangspunt bij dat overleg was: hoe kunnen we in de vragenlijst het beste naar gegevens vragen over organisatorische en financiële aspecten van videocommunicatie, op een manier die aansluit bij de bestaande registraties van thuiszorgorganisaties? De vragenlijst uit 2005 is daarop aangepast.

De schriftelijke vragenlijst voor managers is opgebouwd uit verschillende onderdelen. In de eerste plaats is aandacht besteed aan de beoogde doelgroepen van het project Zorg op afstand en de beoogde effecten. Ook is er aandacht besteed aan de samenwerkingspartners bij de opzet en het in stand houden van videocommunicatie. Bij het onderdeel over het functioneren worden onder andere vragen gesteld over de aangesloten cliënten en over het huidige en toekomstige aanbod aan zorg en diensten. Een ander deel van de vragenlijst is gewijd aan het perspectief van de manager op de mogelijke verbeteringen van de techniek of bediening en de zorg- en dienstverlening. Tenslotte gaat het laatste deel van de lijst over de incidentele en structurele inkomsten en subsidies vanaf de opzet van videocommunicatie.

Urenregistratieformulier

Tegelijkertijd met de vragenlijst kregen de managers ook een urenregistratieformulier toegestuurd. De managers van de thuiszorgorganisaties waren al bekend met het formulier urenregistratie, waarin wordt gevraagd om per cliënt de hoofd- en nevengrondslag van de indicatie in te vullen, de indicatie voor AWBZ-zorg (per functie en de daarbij behorende klasse) en de geleverde zorg, zowel face to face zorg (fysieke zorg) als screen to screen zorg (beeldzorg). Ditzelfde formulier wordt namelijk ook halfjaarlijks gebruikt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): deze informatie over de levering van zorg en diensten aan cliënten die gebruik maken van videocommunicatie is nodig voor de evaluatie van de screen to screen regeling. De periode waarop het urenregistratieformulier betrekking had, was week 48 (26 november tot en met 2 december 2007). Er is gekozen voor één week als 'gemiddelde week' omdat hiermee voldoende beeld wordt verkregen van de geleverde zorg.

2.3.2 Beschrijving van de deelnemers en respons

Vooruitlopend op de beschrijving van de onderzoeksgroepen, presenteren we in tabel 2.1 een overzicht van het aantal vragenlijsten dat is verzonden en het aantal retour ontvangen vragenlijsten, dat bruikbaar is voor de analyses (netto respons). Voor de duidelijkheid: het gaat in tabel 2.1 alleen om de respons voor wat betreft videocommunicatie. In hoofdstuk 6 zijn de bevindingen over telebegeleiding te vinden.

Tabel 2.1 Respons schriftelijke vragenlijst videocommunicatie, per onderzoeksgroep

Deelnemers	Cliënten	Mantelzorgers	Zorg- centralisten	Thuiszorg- medewerkers	Managers
Verzonden vragenlijsten	468	468	57	17	7 ⁵
Netto respons	254 (54%)	136 (29%)	38 (67%)	11 (65%)	7 (100%)

Deelnemende cliënten

Alle cliënten, die in november 2007 een aansluiting hebben op een systeem voor videocommunicatie, zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek (met uitzondering van de cliënten van ORG4c; over dit project is zelfstandig een onderzoek uitgevoerd). Twee thuiszorgorganisaties (ORG5 en ORG7) gaven er de voorkeur aan de cliënten rechtstreeks aan te schrijven. Eén andere thuiszorgorganisatie (ORG10) heeft er voor gekozen om de vragenlijst samen met de cliënt via het systeem (videocommunicatie) in te vullen: dat ging goed. De cliënten van de overige thuiszorgorganisaties (ORG 2, ORG4a, ORG4b, ORG6, ORG8 en ORG9) hebben de vragenlijst persoonlijk overhandigd gekregen door een medewerker van de thuiszorgorganisatie. De ervaring leert namelijk dat een persoonlijke benadering tot een hoger responspercentage leidt. Twee weken na de verzenddatum hebben de cliënten, die de vragenlijst per post hebben ontvangen, een herinneringsbrief gekregen.

Respons

Uiteindelijk hebben 254 cliënten de vragenlijst ingevuld; dat is ruim de helft (54%). Deze respons is hoger dan gemiddeld voor schriftelijk vragenlijstonderzoek onder een dergelijke doelgroep, namelijk rond de 40% (Luijkx, 2006).

In de vragenlijst hebben we niet naar de redenen van non-respons gevraagd, zodat het niet mogelijk is een non-respons analyse te doen. Van een twintigtal cliënten is deze reden wel bekend, doordat de cliënt de vragenlijst toch retour stuurde met de reden waarom hij/zij niet aan het onderzoek wilden meedoen of aan de hand van telefonische informatie van de (naaste van de) cliënt. De non-respons van deze cliënten bestaat grofweg uit: (1) cliënten waarvan het adres niet meer klopte, die ziek waren, in het ziekenhuis waren opgenomen of overleden waren (2) enkele cliënten die de vragenlijsten niet wilden invullen omdat de videocommunicatie (nog) niet goed werkt én (3) cliënten die (nog) géén gebruik maakten van videocommunicatie omdat ze, zoals ze zelf aangaven, nog zelfstandig en zelfredzaam zijn.

⁵ Exclusief de twee managers van thuiszorgorganisaties die telebegeleiding leveren (zie hoofdstuk 6).

Achtergrondkenmerken cliënten

Tweederde van de cliënten die de vragenlijst hebben ingevuld, is vrouw (67%; tabel 2.2). De gemiddelde leeftijd van de deelnemende cliënten is 78 jaar, waarbij de jongste cliënt 36 jaar oud is en de oudste cliënt 97 jaar. Zeven op de tien cliënten (71%) wonen alleen. De meeste cliënten wonen zelfstandig (75%) in een (senioren)woning of -appartement. Precies de helft van de cliënten (50%) heeft een indicatie voor AWBZ-zorg (huishoudelijke zorg is hierbij *niet* meegerekend, omdat deze onder de Wet maatschappelijke ondersteuning valt); de andere helft heeft géén zorgindicatie. Zes op de tien cliënten (61%) hebben een indicatie voor persoonlijke verzorging en drie op de tien cliënten hebben een indicatie voor verpleging (30%). Zij behoren hiermee tot de doelgroep van de Screen to screen regeling van de NZa. Een aantal cliënten (niet in tabel af te lezen) ontvangt, naast persoonlijke verzorging en/of verpleging, ondersteunende begeleiding (N=32), activerende begeleiding (N=11), behandeling (N=8) of gaat naar de dagopvang van een verzorgings- of verpleeghuis (N=7). In tabel 2.2 is ook een overzicht van de gezondheid van cliënten te vinden.

Tabel 2.2 Achtergrondgegevens onderzoeksgroep cliënten videocommunicatie

	%	(N=254)
<i>Geslacht</i>		
Man	32%	(n=81)
Vrouw	67%	(n=171)
<i>Gemiddelde leeftijd (range)</i>	78 jaar (36-97)	(n=248)
<i>Woonsituatie</i>		
Alleenwonend	71%	(n=178)
Samenwonend	29%	(n=73)
<i>Soort woning</i>		
(Senioren)woning of -appartement	31%	(n=79)
Gewone woning of appartement	44%	(n=109)
Verzorgingsflat/aanleunwoning	13%	(n=33)
Woonzorgcomplex	12%	(n=30)
<i>Indicatie voor AWBZ-zorg</i>		
Wel indicatie	50%	(n=126)
Géén indicatie	50%	(n=128)
<i>Indicatie voor PV of VP</i>		
Persoonlijke verzorging	61%	(n=113)
Verpleging	30%	(n=55)

tabel 2.2 wordt vervolgd

vervolg tabel 2.2

	%	(N=254)
<i>Gezondheidstoestand</i>		
Uitstekend/zeer goed/goed	35%	(n=86)
Matig	53%	(n=128)
Slecht	12%	(n=29)
<i>Ziekte of aandoening</i>		
Gewrichtsklachten	52%	(n=132)
Hart- en vaatziekten	37%	(n=92)
Gevolgen van een beroerte	12%	(n=29)
Suikerziekte	29%	(n=72)
Longziekte/aandoening van de luchtwegen	19%	(n=48)
Reuma of chronische gewrichtsontsteking	18%	(n=46)
Ernstige of hardnekkige rugklachten	23%	(n=57)
Kanker	6%	(n=15)
Ziekten van het zenuwstelsel	5%	(n=13)
Spierziekte	5%	(n=13)
Ernstige geheugenproblemen of dementie	4%	(n=11)
Andere ziekte of aandoening (epilepsie, slechthorend, slechtziend)	19%	(n=49)

We hebben de achtergrondgegevens van de cliënten van dit onderzoek vergeleken met gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de personen van 65 jaar of ouder (CBS, 2007). In onze onderzoeksgroep treffen we relatief veel alleenwonende personen aan (71 % versus 45% landelijk), en meer cliënten met een chronische beperking of aandoening, een belangrijke doelgroep van videocommunicatie (94% versus 77% landelijk). Minder cliënten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, ervaren hun gezondheid als uitstekend, zeer goed of goed (35% versus 60% landelijk).

Deelnemende mantelzorgers

Aan mantelzorgers van cliënten die Zorg op afstand ontvangen is eveneens een vragenlijst gestuurd. Met de mantelzorger wordt bedoeld: degene (partner, zoon, dochter, ander familielid of buurtgenoot) die het meeste zorgt voor de persoon met een aansluiting op het systeem voor videocommunicatie. Omdat we niet over de namen en adressen van mantelzorgers beschikten, is de vragenlijst voor mantelzorgers aan de cliënt per post verstuurd of persoonlijk overhandigd door de thuiszorgmedewerker. Twee weken na de verzenddatum is via de cliënten aan de mantelzorgers een herinneringsbrief verstuurd, met het verzoek de vragenlijst alsnog te retourneren.

Respons

In totaal zijn 136 bruikbare vragenlijsten van mantelzorgers retour ontvangen: een netto respons van 29%. Deze respons is redelijk te noemen, zeker als we bedenken dat niet alle cliënten een naaste heeft die hem/haar helpt.

Achtergrondkenmerken mantelzorgers

Zes op de tien mantelzorgers uit dit onderzoek is vrouw (64%; tabel 2.3). De gemiddelde leeftijd van de deelnemende mantelzorgers is 60 jaar, waarbij de jongste 26 jaar oud is en de oudste 90 jaar. Mantelzorgers zijn vaak de kinderen of de schoonzoon/schoondochter (57%), of de partner (32%). De grootste groep mantelzorgers (61%) zorgt al vijf jaar of langer voor zijn/haar naaste. Mantelzorgers ondersteunen de cliënt vooral bij de boodschappen (66%), de administratie of financiën (66%), bij het bezoek aan een huisarts of ziekenhuis (63%) en geven emotionele ondersteuning (60%). Een vijfde van de mantelzorgers helpt zijn/haar naaste met het bedienen van het systeem voor videocommunicatie (21%).

Tabel 2.3 Achtergrondgegevens onderzoeksgroep mantelzorgers cliënten met videocommunicatie

	%	(N=136)
<i>Geslacht</i>		
Man	36%	(n=48)
Vrouw	64%	(n=86)
<i>Gemiddelde leeftijd (range)</i>	60 jaar (26-90)	
<i>Relatie tot zijn/haar naaste</i>		
Echtgeno(o)t(e)/partner	32%	(n=42)
(Schoon)zoon/(schoon)dochter	57%	(n=75)
Ander familielid (broer/zus, nichtje/neef, zwager)	6%	(n=8)
Buren of vriend(in)	5%	(n=6)
<i>Duur van de geboden hulp</i>		
3 tot 6 maanden	2%	(n=2)
6 tot 12 maanden	4%	(n=5)
1 tot 3 jaar	21%	(n=23)
3 tot 5 jaar	12%	(n=14)
5 jaar of langer	61%	(n=69)
<i>Aard van de geboden hulp</i>		
Hulp bij bedienen van videonetwerk	21%	(n=27)
Hulp bij klaarzetten en bereiden van eten en/of drinken	23%	(n=30)
Hulp bij eten en/of drinken	5%	(n=6)

tabel 2.3 wordt vervolgd

vervolg tabel 2.3

	%	(N=136)
Persoonlijke verzorging	19%	(n=15)
Huishoudelijke verzorging	27%	(n=35)
Hulp bij verplaatsen binnens- en of buitenshuis	33%	(n=43)
Hulp bij klaarzetten/innemen van medicijnen	22%	(n=29)
Hulp bij de wondverzorging/injecties	5%	(n=7)
Begeleiding bij huisarts-/ziekenhuisbezoek	63%	(n=83)
Hulp bij boodschappen doen	66%	(n=86)
Onderhoud/klussen in de woning of de tuin	56%	(n=73)
Hulp bij de administratie of financiën	66%	(n=86)
Emotionele ondersteuning	60%	(n=79)
<i>Cliënt heeft indicatie voor AWBZ-zorg</i>		
Indicatie	46%	(n=62)
Geen indicatie	54%	(n=73)

Zowel mantelzorgers van cliënten met een AWBZ-indicatie (46%) als mantelzorgers van cliënten zonder zorgindicatie hebben de vragenlijst ingevuld (54%).

Deelnemende zorgcentralisten

In totaal zijn 57 medewerkers van de zorgcentrale, zogenaamde zorgcentralisten, aangeschreven. De vragenlijsten zijn aan de managers toegezonden en via hun manager aangereikt aan de zorgcentralisten.

Respons

In totaal hebben 38 zorgcentralisten aan het onderzoek meegewerkt: een respons van 67%.

Achtergrondkenmerken zorgcentralisten

Alle deelnemende zorgcentralisten zijn vrouw (100%), en hun leeftijd loopt uiteen van 24 jaar tot 59 jaar (gemiddeld 43 jaar). De meeste zorgcentralisten (90%) hebben een verpleegkundige achtergrond (MBO of HBO⁶) en werken gemiddeld 20 jaar in de verpleging.

De periode waarin zij werkzaam zijn bij de betreffende thuiszorgorganisatie, varieert van korter dan één jaar tot 28 jaar. Gemiddeld werkt men 22 uur per week op de zorgcentrale. Ruim een derde van de zorgcentralisten (35%) heeft naast het werken op de zorgcentrale nog andere werkzaamheden binnen de thuiszorg, namelijk het verlenen van zorg bij cliënten thuis, zorgbemiddeling of projectwerkzaamheden.

⁶ In enkele organisaties is altijd een HBO-verpleegkundige op de zorgcentrale aanwezig.

Tabel 2.4 Achtergrondgegevens onderzoeksgroep zorgcentralisten videocommunicatie

	%	(N=38)
<i>Geslacht</i>		
Vrouw	100%	(n=38)
Man	-	(n=0)
<i>Gemiddelde leeftijd (range)</i>	43 jaar (24-59)	(n=37)
<i>Opleiding</i>		
HBO-verpleegkundige opleiding	46%	(n=17)
MBO-verpleegkundige opleiding	10%	(n=4)
MBO-verzorgende opleiding	34%	(n=12)
Géén opleiding in de verpleging of verzorging*	10%	(n=4)
<i>Werkervaring</i>		
Gemiddeld aantal jaren werkzaam bij huidige werkgever (range)	8 jaar (0-28)	(n=37)
Gemiddeld aantal jaren werkzaam als verpleegkundige/verzorgende (range)	20 jaar (2-40)	(n=37)
Gemiddeld aantal uren per week werkzaam als zorgcentralist (range)	22 uur per week (6-36)	(n=38)

*pedagogiek, algemene sociale wetenschappen, secretariael medewerker

Deelnemende thuiszorgmedewerkers

Per organisatie zijn thuiszorgmedewerkers, die bij cliënten zorg aan huis leveren, maar die géén contact hebben met cliënten via de videocommunicatie, ondervraagd: in totaal 27. De vragenlijsten zijn aan de managers toegezonden en via hun manager aangereikt aan de thuiszorgmedewerkers.

Respons

In totaal hebben elf thuiszorgmedewerkers meegewerkt aan het onderzoek. De respons is 52%.

Achtergrondkenmerken thuiszorgmedewerkers

De achtergrondkenmerken van de thuiszorgmedewerkers komen grotendeels overeen met die van de zorgcentralisten. Alle deelnemende thuiszorgmedewerkers zijn eveneens vrouw (tabel 2.5), en hun leeftijd loopt uiteen van 26 jaar tot 57 jaar (gemiddeld 47 jaar). De periode waarin zij werkzaam zijn bij de betreffende thuiszorgorganisatie, varieert van één tot twintig jaar. De thuiszorgmedewerkers werken gemiddeld achttien jaar als verpleegkundige of verzorgende en zijn gemiddeld 21 uur per week werkzaam. Bijna tweederde (64%) van de thuiszorgmedewerkers heeft naast de zorg bij cliënten thuis nog andere werkzaamheden binnen de organisatie, namelijk zorgbemiddeling, intake en planning/roostering.

Tabel 2.5 Achtergrondgegevens onderzoeksgroep thuiszorgmedewerkers cliënten met videocommunicatie

	%	(N=11)
<i>Geslacht</i>		
Vrouw	100%	(n=11)
Man	-	(n=0)
<i>Gemiddelde leeftijd (range)</i>	47 (26-57)	(n=11)
<i>Opleiding</i>		
HBO-verpleegkundige opleiding	36%	(n=4)
MBO-verpleegkundige opleiding	9%	(n=1)
MBO-verzorgende opleiding	55%	(n=6)
<i>Werkervaring</i>		
Gemiddeld aantal jaren werkzaam bij huidige werkgever (range)	11 jaar (1-20)	(n=11)
Gemiddeld aantal jaren werkzaam als verpleegkundige/verzorgende (range)	18 jaar (4-29)	(n=11)
Gemiddeld aantal uren werkzaam als thuiszorgmedewerker (range)	21 uur per week (16-36)	(n=11)

Deelnemende managers

Van alle thuiszorginstellingen is één manager benaderd die verantwoordelijk is voor Zorg op afstand binnen de eigen organisatie. De opvattingen van de managers van ORG4a en ORG8 bespreken we apart in hoofdstuk 6, omdat deze organisaties telebegeleiding aanbieden.

De definitieve vragenlijst is eind november 2007 aan de managers toegestuurd. Zij hebben de vragenlijst zelf ingevuld en voor sommige onderdelen, zoals over de inkomsten, navraag binnen de organisatie gedaan. Het urenregistratieformulier over de geïndiceerde en geleverde zorg van alle cliënten die aan het systeem zijn aangesloten, is aan dezelfde manager per mail toegezonden. Het invullen hiervan was bewerklijker, omdat uit een aantal verschillende bronnen en databestanden gegevens aangeleverd moesten worden.

Respons

Alle zeven aangeschreven managers van de deelnemende thuiszorgorganisaties hebben de schriftelijke vragenlijst ingevuld (100% respons). De managers van de twee thuiszorgorganisaties die (nog) geen aangesloten cliënten hebben (ORG1 en ORG3), hebben geen vragenlijst ingevuld.

2.3.3 *Analyses*

De vragenlijstgegevens zijn, per onderzoeksgroep, geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek (percentages en frequenties) en verklarende statistiek (Chikwadraat toets). Op die manier ontstaat inzicht in verschillen tussen kenmerken en oordelen van cliënten, mantelzorgers, zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers over videocommunicatie.

2.4 **Aanpak diepte-interviews met cliënten**

In de schriftelijke vragenlijsten aan cliënten is gevraagd aan te geven of men eventueel benaderd wilde worden voor een aanvullend interview bij de cliënten thuis. Er is met twintig cliënten een diepte-interview gehouden; negentien cliënten maken gebruik van videocommunicatie en één cliënt maakt gebruik van telebegeleiding. In tabel 2.6 zijn alleen de achtergrondgegevens van de geïnterviewde cliënten met een aansluiting op een systeem voor videocommunicatie weergegeven.

Op basis van de ingevulde schriftelijke vragenlijsten van cliënten is, in overleg met de managers van de thuiszorgorganisaties en de leden van het nationale overleg Zorg op afstand, een selectie gemaakt van ‘typen’ cliënten die benaderd konden worden voor een diepte-interview. De selectie vond plaats op grond van een aantal relevante achtergrondkenmerken van cliënten, zoals geslacht, leeftijd en woonsituatie. Ook is er op gelet om zowel cliënten te benaderen die een indicatie voor AWBZ-zorg hebben als cliënten die geen zorgindicatie hebben. Ook cliënten die al langer gebruik maken van videocommunicatie en cliënten die pas sinds kort een aansluiting op het systeem voor videocommunicatie hebben, zijn geselecteerd voor een diepte-interview. De geïnterviewde cliënten zijn naar rato verspreid over de deelnemende thuiszorgorganisaties met aangesloten cliënten. De gemiddelde duur van het gesprek was 45 minuten.

De medische achtergrond en ziektebeelden van de geïnterviewde cliënten waren uiteenlopend, zoals diabetescliënten, cliënten met een hartinfarct of vaatvernauwingen.

2.4.1 *Analyses*

De diepte-interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst, op band opgenomen en letterlijk uitgetypt. De gespreksverslagen zijn verwerkt met MAXQDA 2007, een softwareprogramma voor ondersteuning van kwalitatieve data-analyse. Binnen MAXQDA zijn trefwoorden toegekend en aan de hand van de trefwoorden zijn vergelijkingen binnen en tussen interviews gemaakt (Boeije, 2005).

Tabel 2.6 Achtergrondgegevens cliënten met videocommunicatie, aanvullend diepte-interview

%	%	(N=19)
<i>Geslacht</i>		
Man	37%	(n=7)
Vrouw	63%	(n=12)
<i>Gemiddelde leeftijd (range)</i>	75 jaar (60-88)	(n=19)
<i>Woonsituatie</i>		
Alleenwonend	74%	(n=14)
Samenwonend	26%	(n=5)
<i>Gemiddelde duur aansluiting videonetwerk (range)</i>	1 jaar (4 maanden - bijna 5 jaar)	(n=19)
<i>Indicatie AWBZ-zorg</i>		
Indicatie	58%	(n=11)
Geen indicatie	42%	(n=8)

3 Organisatie en functioneren van videocommunicatie

De resultaten van dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de schriftelijke vragenlijsten onder zeven managers van thuiszorgorganisaties die daadwerkelijk videocommunicatie leveren.

3.1 Situatie op het moment van onderzoek

De eerste thuiszorgorganisaties in Nederland bieden sinds 2003 videocommunicatie aan, de andere systemen voor videocommunicatie zijn van latere datum (tabel 3.1). In november 2007, de peildatum van deze monitor, ontvangen 525 cliënten van de deelnemende thuiszorgorganisaties Zorg op afstand: 468 cliënten hebben een aansluiting op videocommunicatie en 57 cliënten maken gebruik van telebegeleiding⁷. ORG4c heeft niet aan deze monitor deelgenomen vanwege eigen onderzoek⁸ en biedt videocommunicatie aan nog eens 600 cliënten in de care en de cure. In totaal gaat het in Nederland dus om 1.125 cliënten die videocommunicatie of telebegeleiding ontvangen.

Alle deelnemende managers verwachten in 2008 te kunnen opschalen. Ze schatten het aantal aangesloten cliënten, dat eind 2008 gebruik zal maken van videocommunicatie, rooskleurig in, namelijk op 1.675 cliënten (exclusief ORG4c).

Van de 468 cliënten met een aansluiting op een systeem voor videocommunicatie, waarover in dit hoofdstuk wordt gerapporteerd, hebben er 247 (53%), volgens opgave van de managers, een indicatie voor AWBZ-zorg hebben en 221 (47%) geen indicatie voor AWBZ-zorg.

Tabel 3.1 Aantal cliënten en doelgroepen videocommunicatie, volgens managers

Thuiszorgorganisatie	ORG2	ORG4b	ORG5	ORG6	ORG7	ORG9	ORG10
<i>Videocommunicatie sinds...</i>	2004	2003	2003	2006	2006	2007	2006
<i>Aantal cliënten:</i>							
November 2007, waarvan:	15	134	211	14	33	30	31
- aantal AWBZ-cliënten	10	134	49	10	15	20	8

tabel 3.1 wordt vervolgd

⁷ Hierover wordt in hoofdstuk 6 gerapporteerd.

⁸ Over dit project is apart gerapporteerd (Boonstra et al., 2008). De initieel beoogde doelgroep van ORG4c betrof thuiswonende cliënten met een AWBZ-indicatie voor (tenminste) 'verpleging' en/of 'persoonlijke verzorging', voldoende lange duur zorg ontvangend in verband met aansluit- en inwerktijd, zonder zware psychiatrische of psychische problematiek en met voldoende motivatie om van telecare gebruik te kunnen maken.

vervolg tabel 3.1

Thuiszorgorganisatie	ORG2	ORG4b	ORG5	ORG6	ORG7	ORG9	ORG10
- aantal cliënten zonder zorgindicatie	5	-	162	4	18	10	23
Verwachting aantal aansluitingen november 2008	75	300	900	125	70	100	105
<i>Doelgroepen</i>							
(Oudere) mensen die niet ziek zijn (preventie, welzijn)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Mensen met een chronische somatische aandoening	ja	ja	ja	ja	ja	-	ja
Mensen met diabetes	-	ja	ja	ja	-	-	ja
Mensen met COPD	-	ja	-	ja	-*	-	ja
Mensen met hartfalen	-	ja	-	-	-	-	ja
Mensen met een chronische psychiatrische aandoening	-	ja	ja	-	-	-	-
Mensen met een psychogeriatrische aandoening (dementie)	ja	ja	ja	-	-	-	ja
Mensen met een verstandelijke handicap	-	ja	-	-	-	-	ja
Mensen met een lichamelijke handicap	-	ja	-	-	-	ja	-
Mantelzorgers van cliënten met een aandoening/handicap	ja	ja	-	ja	-	ja	-
Alle mensen die het leuk lijkt te beeldbellen	ja	-	-	-	-	ja	-
Alle klanten van de thuiszorgorganisatie	-	ja	-	-	-	ja	-

*Uitrol van COPD staat gepland voor het voorjaar van 2008

3.2 Te verwachten effecten

Alle managers, die schriftelijk zijn ondervraagd, verwachten dat het ondersteunen van ouderen en mensen met een beperking om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, een belangrijk effect zal zijn van videocommunicatie (tabel 3.2).

Tabel 3.2 Belangrijkste beoogde effecten van videocommunicatie, volgens managers (*meer antwoorden mogelijk*)

	%	(N=7)
Ouderen en mensen met een beperking ondersteunen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen	100%	(n=7)
Opname in een verpleeg- of verzorgingshuis voorkómen of uitstellen	86%	(n=6)
Ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg	86%	(n=6)
Groter gevoel van veiligheid van cliënten	71%	(n=5)
Minder eenzaamheidsgevoelens bij cliënten	71%	(n=5)
Kosten verlagen doordat een deel van de zorg fysiek wordt geleverd en een ander deel via beeldcontact	71%	(n=5)
Verbeteren van gezondheid door trainen en coachen in zelfmanagement	57%	(n=4)
Effectieve bewaking van medicijngebruik	57%	(n=4)
Minder belasting van de mantelzorgers	57%	(n=4)
Efficiënte activering van cliënten	43%	(n=3)
Opname in een ziekenhuis verkorten	43%	(n=3)

De invoering van videocommunicatie kan in de eerste plaats leiden tot het zelfstandiger en veiliger thuis wonen van ouderen en mensen met een beperking. Het vergroten van de veiligheid van cliënten door middel van beeldcontact kan, volgens managers, worden opgevat als een ‘preventieve interventie’, die vooral op de lange termijn gevolgen zal hebben voor een vermindering van het gebruik van zorgvoorzieningen.

Ook verwachten managers dat opname in een verpleeg- of verzorgingshuis van cliënten kan worden voorkómen of uitgesteld. Andere te verwachten effecten op organisatieniveau zijn het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg en het verlagen van de kosten door zorg te vervangen via beeldcontact.

Videocommunicatie kan mogelijk ook een gunstig effect hebben op mantelzorgers, omdat zij zich geruster en minder belast voelen. Daardoor kunnen ouderen en mensen met een beperking wellicht langer zelfstandig thuis blijven wonen en kan opname in een verzorgingshuis worden uitgesteld of voorkómen.

In hoofdstuk 4 wordt duidelijk in hoeverre de beoogde effecten voor cliënten, volgens cliënten en mantelzorgers, zijn bereikt.

3.3 Bekendheid geven aan videocommunicatie

Sommige thuiszorgorganisaties hebben uitsluitend cliënten met een AWBZ-indicatie voor ‘verpleging’ en/of ‘persoonlijke verzorging’ benaderd voor deelname aan videocommunicatie. Andere organisaties, zoals ORG 5, hebben aan de ene kant cliënten met een bepaalde aandoening geselecteerd voor deelname aan de pilot, aan de andere kant hebben zij cliënten uit een wooncomplex gevraagd deel te nemen, waar de woningen

geschikt gemaakt zijn voor het toepassen van allerhande domotica naast een videoverbinding. Ook cliënten zonder AWBZ-indicatie konden deelnemen aan het project.

Thuiszorgorganisaties hanteren verschillende strategieën om potentiële cliënten te informeren over videocommunicatie, zoals het in gesprek gaan met potentiële cliënten over de mogelijkheden. Daarnaast hebben alle thuiszorgorganisaties schriftelijk informatiemateriaal, dat specifiek over videocommunicatie gaat, ontwikkeld en verspreid. Er worden berichten in het informatieblad van de thuiszorgorganisatie geplaatst, via de website van de thuiszorgorganisatie of via een berichtje in een regionale krant; één thuiszorgorganisatie benadert wooncomplexen in samenwerking met wooncorporaties om informatie te verschaffen. Deze laatste thuiszorgorganisatie breidt het aantal aansluitingen uit per wooncomplex.

In een aantal andere gevallen hebben cliënten zich zelf aan aangemeld voor deelname, na informatie te hebben gelezen in een brochure, huis aan huis blad of op de website van de thuiszorgorganisaties. Een aantal managers geeft aan potentiële cliënten gericht aan te schrijven of de werving via thuiszorgmedewerkers te laten verlopen.

Om te kunnen vaststellen welke cliënten gebaat zouden zijn met videocommunicatie, zodat ze langer zelfstandig kunnen blijven functioneren, wordt met de cliënt een gesprek aangegaan, al dan niet in het bijzijn van de mantelzorger. Informatie van andere professionals zoals huisartsen, eerst verantwoordelijk verzorgende, verpleegkundige of het indicatiebesluit wordt eveneens gebruikt bij de werving en selectie van potentiële gebruikers van videocommunicatie.

3.4 Techniek voor videocommunicatie

De deelnemende thuiszorgorganisaties maken gebruik van verschillende (bestaande) technologieën voor videocommunicatie. Zo kunnen cliënten via een webcam en/of een beeldscherm op elk gewenst moment, door het aanraken van het beeldscherm, mondeling en visueel contact leggen met een verpleegkundige van de zorgcentrale. Een voorbeeld is de goedmorgen en goedenavond service, waarbij de zorgcentralist op vooraf gesproken momenten contact heeft met de cliënt. Ook elders in de woning van de cliënten kunnen camera's worden geplaatst via welke de zorgcentralist, wanneer nodig, de situatie kan beoordelen. Het is mogelijk zowel vanuit de centrale als vanuit het woonhuis contact te zoeken. Naast deze zorgfunctie kunnen ook andere toepassingen worden aangeboden, zoals een halszender of trekkoord voor noodgevallen, automatische deuropener, bewegingsdetectie et cetera.

Bij de meeste systemen is het mogelijk om zowel vanuit de zorgcentrale als vanuit de woning van de cliënten contact te zoeken. Daarnaast bestaat bij enkele thuiszorgorganisaties de mogelijkheid voor cliënten om contact te leggen met een familielid, mits deze in bezit is van een webcam én is aangesloten op een systeem voor videocommunicatie. In tabel 3.3 is een summier beschrijving te vinden van de verschillende technologieën die door de thuiszorgorganisaties worden aangeboden.

Tabel 3.3 Omschrijving van de verschillende systemen voor videocommunicatie

Organisatie	Omschrijving systeem
ORG1	De pilot is vanwege faillissement van een leverancier beëindigd. Er zijn nu twee concepten in voorbereiding: (1) videocommunicatie via een set-top box ⁹ die is aangesloten op de televisie van cliënten en (2) een meervoudige toegang tot het internet, waar zowel videocommunicatie als huisautomatisering aan gekoppeld worden.
ORG2	Als basis voor videocommunicatie zijn beeldtelefonie en videoconferencing, via ADSL of kabelverbinding, al naar gelang aanwezig in de woning van de cliënt of gewenst, gebruikt. Cliënten kunnen kiezen voor videocontact met de 24-uurs zorgcentrale van de thuiszorgorganisatie en/of met familieleden.
ORG3	De pilot is vanwege faillissement van een leverancier beëindigd. Het idee is nu dat alle cliënten van de thuiszorgorganisatie de beschikking krijgen over videocommunicatie. De klant kan, via zijn eigen computer of de televisie, via een zorgportaal inloggen en kiezen voor het opzetten van een beeldverbinding met de thuiszorgorganisatie. Tevens kan de cliënt vanaf het zorgportaal een verbinding opzetten met een mantelzorgverzorger.
ORG4b	Cliënten kunnen via hun eigen televisie, telefoon en internet (TVfoon) een beeldverbinding tot stand brengen met de zorgcentrale van de thuiszorgorganisatie en andere aangesloten gebruikers (familieleden, leveranciers, huisartsen). Ook medewerkers van de thuiszorgorganisatie krijgen de TVfoon aangeboden.
ORG4c	Via een setup-box (camera) op de televisie kunnen cliënten 24 uur per dag contact maken met de verpleegkundige van het ziekenhuis (callcenter). Het project richt zich op 'zelfredzame ouderen' (care) en cliënten met chronisch hartfalen, diabetescliënten en COPD (cure), samen met huisartsen en medisch specialisten.
ORG5	Via een webcam en een beeldscherm kunnen cliënten, door het aanraken van het beeldscherm, beeldcontact maken met de zorgcentrale. Ook elders in de woning van de cliënten kunnen camera's worden geplaatst, zodat de zorgcentralist, indien nodig, de situatie kan beoordelen. Als cliënten daar behoefte aan hebben worden ze op een vast tijdstip door de zorgcentralist gebeld (goedemorgen en goedenavond service).
ORG6	Via een set-top box die is aangesloten op het tv-toestel van de cliënt, internetverbinding en een camera kan bij een zorgprobleem 24 uur per dag beeldcontact worden gemaakt met een verpleegkundige van een (externe) zorgcentrale. Tevens hebben cliënten via het systeem voor videocommunicatie toegang tot een aantal mantelzorgondersteuningsprogramma's.
ORG7	Het standaardpakket voor cliënten bestaat uit personenalarmering en videocommunicatie via een set-top box op de televisie. Via het scherm kan ook contact worden gezocht met familie en buurtgenoten. Als cliënten daar behoefte aan hebben worden ze op een vast tijdstip door de medewerker van de zorgcentrale gebeld (goedemorgen en goedenavond service).
ORG9	Cliënten kunnen via een set-top box die is aangesloten op de televisie contact maken met een medewerker van de zorgcentrale. Het is de bedoeling dat op zeer korte termijn contact kan worden gelegd met mantelzorgers, vrijwilligers, de huisarts en diëtist.

tabel 3.3 wordt vervolgd

⁹ Een set-top box is een elektronisch apparaat dat een televisie verbindt met externe bronnen, zoals kabel of telefoonlijn, en het signaal decodeert zodat het op de televisie te zien is.

vervolg tabel 3.3

Organisatie	Omschrijving systeem
ORG10	Via een op de televisie aangesloten set-top box en een camera kunnen cliënten beeldcontact maken met de zorgcentrale voor geplande en ongeplande zorg. Vanuit welzijnsperspectief is contact met andere aangesloten cliënten en contact met familieleden mogelijk. Videocommunicatie wordt eventueel in combinatie met personenalarmering, domotica en woningaanpassingen aangeboden aan cliënten.

We kunnen concluderen dat de technologie en het aanbod van een zorgarrangement met videocommunicatie, dat wil zeggen al dan niet uitgebreid met andere gebruikers zoals familieleden of al dan niet in combinatie met personenalarmering, deurontgrendeling, bewegingsdetectie of andere domoticatoepassingen of welzijnsdiensten uiteenlopend van aard is.

3.5 Samenwerking met andere partijen

Ook andere partijen, zoals andere zorginstellingen, zorgverzekeraars en woningcorporaties kunnen van belang zijn bij videocommunicatie (tabel 3.4). Voor het opzetten en leveren van een zorgarrangement met videocommunicatie ontvangen thuiszorgorganisaties ondersteuning van technische bedrijven. Ook wordt samengewerkt met woningbouwcorporaties, zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders.

Tabel 3.4 Samenwerking van thuiszorgorganisaties met andere instellingen en partijen op het gebied van videocommunicatie

Zorgarrangement met videocommunicatie	% (N=7)		% (N=7)	
	Opzetten	Levering	Opzetten	Levering
Technische bedrijven (Databalk, Focus Cura, Mextal, KPN, Telezorg et cetera)	100%	(n=7)	71%	(n=5)
Andere zorgaanbieders (zorginstelling)	14%	(n=1)	14%	(n=1)
Zorgverzekeraars (Menzis, CZ)	29%	(n=2)	14%	(n=1)
Woningbouwcorporaties (Portaal, SWW, et cetera)	57%	(n=4)	29%	(n=2)
Subsidiënten (SenterNovem, Menzis, RWZ)	43%	(n=3)	-	-
Gemeente (Geldrop, Mierlo, Valkenswaard, Eindhoven)	14%	(n=1)	14%	(n=1)
Provincie (Utrecht, Noord-Brabant)	57%	(n=4)	-	-
Kennisinstellingen (Fontys, ZonMw)	29%	(n=2)	-	-
Welzijnsinstelling (Noord- en Midden-Limburg)	14%	(n=1)	-	-
Rabobank (commerciële partij)	14%	(n=1)	14%	(n=1)

3.6 Inrichting van de zorgcentrale

Naast de technische verbinding tussen cliënt en thuiszorgorganisatie is de inrichting van een zorgcentrale essentieel voor een zorgarrangement met videocommunicatie. De thuiszorgorganisaties die videocommunicatie aanbieden hebben een zorgcentrale voor de telefonische vragen en oproepen.

24-uurs Bereikbaarheid

Twee thuiszorgorganisaties hebben, speciaal ten behoeve van videocommunicatie, een zorgcentrale opgezet; de andere thuiszorgorganisaties maken deels of geheel gebruik van de zorgcentrale van een andere organisatie. Vier deelnemende instellingen regelen de 24-uurs bereikbaarheid voor cliënten met videocommunicatie zelf; de andere instellingen maken voor de 24-uursbereikbaarheid gebruik van de zorgcentrale van een andere thuiszorgorganisatie.

Aantal zorgcentralisten en opleiding

Het aantal medewerkers op de zorgcentrale tijdens kantooruren varieert van één tot zes medewerkers; 's avonds en 's nachts (indien operationeel) zijn dat één tot twee medewerkers. Bijna de helft van de zorgcentralisten heeft een verpleegkundige opleiding op HBO-niveau.

Training en instructie

Alle managers hebben, naast schriftelijk informatiemateriaal ook individuele, mondelinge instructie verstrekt aan zorgcentralisten over de werking en techniek van videocommunicatie. Bij alle thuiszorgorganisaties is een groepsgewijze training voor zorgcentralisten over het leren omgaan met de techniek, verzorgd. Thuiszorgmedewerkers krijgen vooral mondelinge informatie over de techniek van videocommunicatie, bijvoorbeeld via werkoverleg of aan de hand van presentaties.

Cliënten en mantelzorgers krijgen mondelinge, individuele instructie over de techniek. In hoofdstuk 4 gaan we dieper in op het oordeel van cliënten en mantelzorgers over de techniek.

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. Het aantal niet-geplande contacten varieert per thuiszorgorganisatie en ligt tussen de vier en 43 per maand. Niet-geplande contacten gaan meestal van de cliënt uit, bijvoorbeeld hij/zij wil even een praatje maken of, hij/zij maakt zich zorgen over de eigen gezondheid. Bij één thuiszorgorganisatie nemen mantelzorgers van de cliënt ook wel eens contact op met de zorgcentrale. Dan betreft het vooral vragen over de zorgverlening aan de cliënt. De *geplande* contacten bestaan voornamelijk uit goedemorgen en goedenavond service: op van tevoren afgesproken tijdstippen en dagen neemt de zorgcentralist dan contact op met de cliënt.

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, en deze voldoen, volgens de managers, aan bestaande kwaliteitsnormen.

Individueel cliëntendossier

Screen to screen zorg en face to face zorg zijn zorgsoorten die vaak door verschillende hulpverleners van één thuiszorgorganisatie worden geleverd. Coördinatie en overleg zijn essentieel om de zorg goed op elkaar afgestemd te laten verlopen, bijvoorbeeld door het uitwisselen van gegevens. Bij drie thuiszorgorganisaties wordt het elektronische cliëntdossier van de zorgcentrale gekoppeld aan het papieren dossier dat bij de cliënt thuis ligt. Bij de andere thuiszorgorganisaties houdt de zorgcentralist een (niet-)elektronisch cliëntdossier bij, maar dit wordt niet gekoppeld aan het dossier dat bij de cliënt thuis ligt.

3.7 Zorgarrangementen met videocommunicatie

In tabel 3.5 is af te lezen welke zorg, diensten en producten via videocommunicatie door de verschillende thuiszorgorganisaties daadwerkelijk worden geleverd. Onder een *zorgarrangement* verstaan we, zoals eerder vermeld, een geïntegreerd aanbod van zorg, diensten en producten¹⁰. Het gaat dus om een combinatie van zorg, diensten en producten, waarbij per cliënt een individueel pakket, afgestemd op zijn/haar behoefte, mogelijk is.

Tabel 3.5 Levering van zorg, diensten en producten met videocommunicatie, volgens managers

Thuiszorgorganisatie	%	(N=7)
Zorgdiensten		
Verpleging basis	71%	(n=5)
Verpleging extra	14%	(n=1)
Gespecialiseerde verpleging	14%	(n=1)
Verpleging, Advies, Instructie en Voorlichting	29%	(n=2)
Persoonlijke verzorging basis	57%	(n=4)
Persoonlijke verzorging extra	14%	(n=1)

tabel 3.5 wordt vervolgd

¹⁰ ORG4c biedt in beginsel alle zorgdiensten aan die in de tabel worden genoemd (Boonstra et al., 2008). Dit is voor wat betreft de carecomponent (nog) niet gedifferentieerd naar specifieke zorgarrangementen. De focus van de pilot van ORG4c lag op substitutie van verpleegkundige zorg en ondersteunende begeleiding zoals deze worden geïndiceerd binnen de AWBZ.

vervolg tabel 3.5

Thuiszorgorganisatie	%	(N=7)
Persoonlijke verzorging speciaal	29%	(n=2)
Ondersteunende begeleiding screen to screen	71%	(n=5)
Activerende begeleiding screen to screen	43%	(n=3)
Ongeplande zorg in noodgevallen (zorgopvolging)	29%	(n=2)
Veiligheidsdiensten		
Goedemorgen en goedenavond service	57%	(n=4)
Goedebuurservice ¹¹	14%	(n=1)
Communicatiediensten		
Videocontact met mantelzorgers	29%	(n=2)
Instructieprogramma's voor mantelzorgers	14%	(n=1)
Videocontact met lotgenoten	43%	(n=3)
Beveiligingsdiensten		
Personenalarmering	57%	(n=4)
Brandalarmering	14%	(n=1)
Cameratoezicht op één of meer plekken in huis	29%	(n=2)
Automatische deuropener	29%	(n=2)
Bewegingsdetectoren	29%	(n=2)
Verlichting aan/uit	29%	(n=2)
Comfortdiensten		
Mankementservice (klussendienst)	14%	(n=1)
Boodschappendienst	14%	(n=1)
Spelletjes	14%	(n=1)
Kapper/pedicure aan huis	14%	(n=1)

* Kerkdienst via videocommunicatie gepland in 2008

Vijf thuiszorgorganisaties bieden, naast verpleging en advisering op het gebied van persoonlijke verzorging, ook screen to screen ondersteunende begeleiding aan cliënten. Daarnaast leveren vier thuiszorgorganisaties goedemorgen en goedenavond service en personenalarmering. Een tweetal thuiszorgorganisaties geeft aan aparte zorgarrangementen te hebben ontwikkeld voor mensen in de wijk (preventie of welzijn), voor mensen met diabetes en voor mensen met COPD.

¹¹ De zorgcentrale treedt op als 'goede buur', is behulpzaam bij allerlei soorten vragen van cliënten, geeft adviezen en bemiddelt.

3.8 Inkomsten en subsidies

Het opzetten, invoeren en onderhouden van een videonetwerk binnen de thuiszorgorganisatie brengt, net zoals bij veel zorginnovaties, hoge kosten met zich mee. Grofweg is er een onderscheid te maken tussen: (1) organisatiekosten, zoals projectleiding, werving, public relations, inrichten en bemensen van de zorgcentrale en (2) techniekkosten, zoals apparatuur van de woning, ontwikkelkosten voor de softwareapparatuur en de kosten van een demowoning.

In de monitorpeiling van 2005 was het voor de managers moeilijk en soms onmogelijk om de gevraagde financiële gegevens over de kosten van videocommunicatie te verstrekken. Om die reden hebben we ons in deze peiling beperkt tot de inkomsten en subsidies van videocommunicatie (tabel 3.6).

Tabel 3.6 Inkomsten vanaf de opzet van videocommunicatie, volgens managers

Inkomsten vanaf de opzet van videocommunicatie ¹²	ORG2	ORG4b	ORG5	ORG6	ORG7	ORG9	ORG10
Regeling Zorginfrastructuur			€ 650.000			€ 386.000	
Screen to screen regeling	€ 10.140		€ 129.024	€ 10.000		Nog niet bekend	
Incidentele subsidie/bijdrage van zorgverzekeraar(s)							
Incidentele gemeentelijke subsidie/bijdrage			€ 220.000			€ 400.000	
Incidentele provinciale subsidie/bijdrage	€ 100.000		€ 300.000	€ 30.000	€ 370.000		€ 450.000
Incidentele bijdrage van woningbouwcorporatie				€ 2.500	€ 130.000		€ 180.000

tabel 3.6 wordt vervolgd

¹² Bij ORG4c zijn er geen inkomsten uit abonnementen van cliënten, maar wordt telecare, net zoals dat bij de andere deelnemende thuiszorgorganisatie het geval is, gefinancierd uit een tijdelijke Screen to screen regeling en een incidentele bijdrage van de zorgverzekeraar(s) en de technologieleverancier (Boonstra et al., 2008).

vervolg tabel 3.6

Inkomsten vanaf de opzet van videocommunicatie	ORG2	ORG4b	ORG5	ORG6	ORG7	ORG9	ORG10
Incidentele bijdrage (SenterNovem, Straatenfonds, thuiszorgorganisatie)			€ 800.000	€ 15.000	€ 130.000	€ 20.000	
Abonnementen van cliënten			€ 7.143				
Totale inkomsten	€ 110.140	Niet bekend	€ 2.106.167	€ 192.500	€ 630.000	€ 806.000	€ 630.000

Voor het opzetten van videocommunicatie ontvangen enkele thuiszorgorganisaties, naast de ondersteuning door bestaande bekostigingsregelingen, provincies, gemeenten of woningcorporaties, subsidie van SenterNovem (een agentschap van het Ministerie van Economische zaken; tabel 3.6). Cliënten van één thuiszorgorganisatie betalen € 25, - per maand voor een abonnement met videocommunicatie.

De totale inkomsten van deelnemende thuiszorgorganisaties die videocommunicatie aanbieden variëren tussen organisaties. Dat komt omdat de hoogte van de inkomsten van veel factoren afhankelijk is: in de eerste plaats het aantal aangesloten cliënten, maar ook de doelgroep die wordt benaderd, de plaatsing van andere apparatuur, zoals personenalarmering bij cliënten thuis en het aanbod aan zorg (wel of geen goedemorgen en goedenavond service). De cijfers uit tabel 3.6 moeten worden gezien als een 'beste schatting' van de managers.

De managers van de deelnemende thuiszorgorganisaties is gevraagd een grove inschatting te maken van enerzijds de totale inkomsten en opbrengsten en anderzijds de kosten van zorg- en dienstverlening via videocommunicatie. Vijf van de zeven managers van thuiszorgorganisatie laten weten dat de kosten van videocommunicatie in 2007 hoger waren dan de inkomsten en opbrengsten. De andere twee managers geven aan dat videocommunicatie momenteel nog in een pilotfase verkeert, en dat voor de kosten van de pilot voldoende financiële middelen zijn gevonden door middel van eigen investeringen en diverse subsidies. Eén thuiszorgorganisatie verwacht in 2008 wel een sluitende begroting te hebben door met een aanbod van diensten voor welzijnscliënten te komen.

De managers hebben ook aangegeven wat er volgens hen nodig is om tot een sluitende financiering voor videocommunicatie te komen:

- betere regelgeving en gebruik van de zorginfrastructuurregeling;
- verbreding van de doelgroep, grotere aantallen aansluitingen;
- financiering, hetzij via eigen bijdrage cliënten, hetzij via AWBZ-Wmo-middelen;
- een duidelijk beeld van de behoefte van cliënten aan dienstverlening, zodat deze daadwerkelijk kan worden omgezet in vraag naar diensten en
- samenwerking met andere partijen (meerdere zorgaanbieders en dienstverleners).

3.9 Vergelijking met eerdere peilingen

In deze paragraaf vergelijken we de resultaten van deze monitorrapportage op onderdelen met de uitgebreide peiling van 2005, waarin cliënten, zorgcentralisten en managers schriftelijk zijn ondervraagd, en de beperkte peiling in 2006, waarin alleen de managers zijn ondervraagd.

Het aantal thuiszorgorganisaties dat videocommunicatie aanbiedt, groeit langzaam, van vijf organisaties in november 2005, zes organisaties in 2006 naar acht organisaties in 2007 (exclusief twee organisaties die nog geen aangesloten cliënten hebben). Ook het totaal aantal aangesloten cliënten neemt gestaag toe, van 290 in 2005, naar 429 in 2006 en 1.125 in 2007. De managers van de thuiszorgorganisaties verwachten in november 2008 veel meer cliënten te kunnen bedienen via videocommunicatie: het totaal aantal cliënten wordt geschat op 1.675.

Net zoals dat bij de eerdere peilingen van 2005 en 2006 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 2005 had 93% van de cliënten een indicatie voor AWBZ-zorg voor ‘verpleging’ en/of ‘persoonlijke verzorging’, in 2006 was dit percentage 62% en in 2007 is het percentage cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg nog verder gedaald naar 50% (exclusief de indicatie voor huishoudelijke zorg).

In eerste instantie werd verwacht dat vooral de groep ouderen en chronisch zieken baat zouden hebben bij videocommunicatie, en hebben thuiszorgorganisaties cliënten uit deze groepen benaderd. 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 (personalarmering) en welzijns- en gemakdiensten. 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.

De deelnemende thuiszorgorganisaties werken met uiteenlopende systemen voor videocommunicatie. De keuze voor een systeem bepaalt voor een deel welke zorg en diensten cliënten kunnen ontvangen. Voor het opzetten 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 de helft van de op de zorgcentrale aanwezige professionals heeft een verpleegkundige opleiding, veelal

op HBO-niveau. In vergelijking met 2005 (20% HBO-verpleegkundigen) is dat percentage toegenomen. Het aantal thuiszorgorganisaties dat protocollen en schriftelijke afspraken over triage heeft, is onveranderd: in 2005 waren dat er vier van de vijf en in 2007 geven nog steeds vier van de zeven ondervraagde managers aan dat er protocollen zijn ontwikkeld.

Het aanbod van diensten was in 2005 nog voornamelijk beperkt tot verpleging-basis, en in mindere mate tot verpleging-extra, psychosociale begeleiding en goedmorgen en goedenavond services. De ondervraagde managers gaven in 2005 aan te verwachten dat het aanbod via videocommunicatie de komende jaren uitgebreid zal worden met 'contact met de huisarts' en 'contact met familie en andere naasten en lotgenoten'. Het aanbod van videocommunicatie in 2007 blijkt nog steeds vooral te bestaan uit verpleging-basis, ondersteunende begeleiding en goedmorgen en goedenavond services. Bij twee thuiszorgorganisaties behoort videocontact met familie en naasten tot de mogelijkheden en drie organisaties bieden videocontact met lotgenoten aan.

4 Ervaringen van cliënten en mantelzorgers met videocommunicatie

4.1 Redenen voor deelname

Cliënten en mantelzorgers

De cliënten die een vragenlijst hebben ingevuld (N=254), hebben gemiddeld sinds één jaar een aansluiting op videocommunicatie, variërend van vier maanden tot drie jaar. Slechts acht mantelzorgers (N=136; 10%) hebben een zelfstandige aansluiting op videocommunicatie (deze mantelzorgers wonen dus *niet* in dezelfde woning als de cliënt), en zij hebben deze aansluiting gemiddeld tien maanden (variërend tussen één maand tot twee jaar).

Een kwart van de cliënten (27%) heeft zelf gekozen voor gebruik van videocommunicatie en wilde dit heel graag. *'Het is een nieuw project, en ik kwam daar voor in aanmerking komen. Nou, dat leek mij heel interessant en leuk. Zo is het eigenlijk gekomen. En nu wil ik het niet meer kwijt'*. Drie op de tien cliënten is door de medewerker van de thuiszorg gevraagd om als proefpersoon deel te nemen (29%). *'Dat hebben ze ons gewoon gevraagd van de thuiszorg. Of we mee wilden doen, als proefkonijn.'* Bij één op de tien cliënten drong de partner, zoon of dochter er op aan (11%) een aansluiting te nemen. *'Mijn kinderen zeiden: dat is wel erg gemakkelijk. Als je alleen bent en er is wat...'* Bij een wooncomplex was de aansluiting standaard aanwezig, om die reden 'verplicht' in de servicekosten van het appartement inbegrepen (24%). *'Toen we hier kwamen wonen, zat dat bij het pakket in. Nou het was eigenlijk van de woningbouwvereniging, die heeft het me eigenlijk aangesmeerd. Nou is het gemakkelijk, als ze bellen, dan kan ik deur beneden open maken'*.

De meest genoemde redenen voor cliënten om gebruik te maken van videocommunicatie zijn het gevoel van zekerheid: 'als er iets gebeurt, kan ik contact opnemen met de zorgcentrale' (64%; tabel 4.1) en het gevoel van veiligheid door de 24-uursbereikbaarheid van de zorgcentrale (56%). Vier op de tien cliënten verwachten, door videocommunicatie, langer in de eigen omgeving te kunnen blijven wonen (44%); voor bijna een kwart (23%) is het sociale contact met de zorgcentralist een belangrijke overweging om deel te nemen¹³.

¹³ Cliënten van ORG4c noemden eveneens veiligheid als belangrijkste reden om deel te nemen aan de pilot (Boonstra et al., 2008). Andere redenen waren: optimalisering van de zorg, sociaal contact en substitutie.

Tabel 4.1 Overwegingen en redenen van cliënten voor gebruik van videocommunicatie (*meer antwoorden mogelijk*)

Overwegingen en redenen	%	(N=254)
Voor de zekerheid (als er iets gebeurt, kan ik contact opnemen met de zorgcentrale)	64%	(n=159)
Voor de veiligheid, het geeft me een veilig gevoel	56%	(n=139)
Dat ik langer thuis, in mijn eigen omgeving kan blijven wonen	44%	(n=109)
Het is (nu nog) gratis	24%	(n=60)
Sociaal contact ('n praatje) met medewerkers van de zorgcentrale	23%	(n=58)
Dat ik zelfstandiger kan functioneren	19%	(n=47)
Dat de kinderen, partner of andere familieleden minder belast worden	16%	(n=39)
Dat contact met kinderen en andere familieleden via videonetwerk mogelijk is	10%	(n=24)
Uit nieuwsgierigheid	6%	(n=16)
Vervanging van zorg aan huis via videocommunicatie	5%	(n=12)

In de diepte-interviews kwam naar voren dat cliënten aanvankelijk zeer enthousiast waren over het systeem. *'Ik had me een beetje voorgesteld dat het mijn leven zou verrijken.'* Een andere cliënt leefde in de veronderstelling dat hij *'elk ogenblik even met de kinderen kon praten'*. Verderop in dit hoofdstuk komt aan bod in hoeverre aan deze verwachtingen is voldaan.

4.2 Bedieningsgemak van het systeem

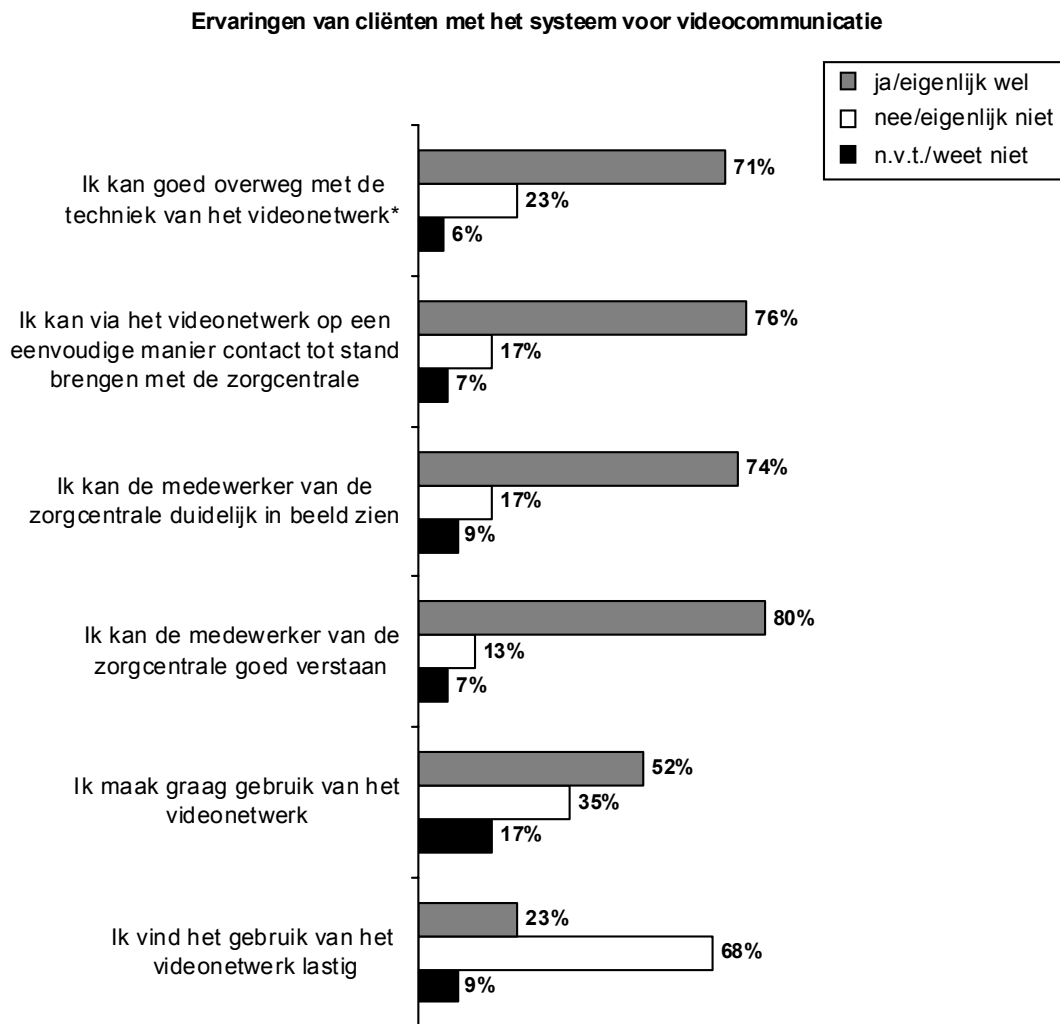
Bedieningsgemak volgens cliënten

De ervaringen van cliënten over het bedieningsgemak van het systeem voor videocommunicatie zijn inzichtelijk gemaakt door hen een aantal uitspraken voor te leggen (figuur 4.1).

Cliënten kunnen over het algemeen goed overweg met de techniek van het systeem voor videocommunicatie (71%) en de meerderheid kan op een eenvoudige manier contact tot stand brengen met de zorgcentrale (76%). De beeldkwaliteit (74%) en de verstaanbaarheid van de medewerker van de zorgcentrale zijn volgens het merendeel van de cliënten goed (80%).

De helft van de cliënten (52%) zegt graag gebruik te maken van het systeem, voor een derde (35%) geldt dat (eigenlijk) niet; één op de vijf cliënten vindt het gebruik van het systeem voor videocommunicatie 'lastig' (23%).

Figuur 4.1 Ervaringen van cliënten over het gemak waarmee het systeem voor videocommunicatie te bedienen is

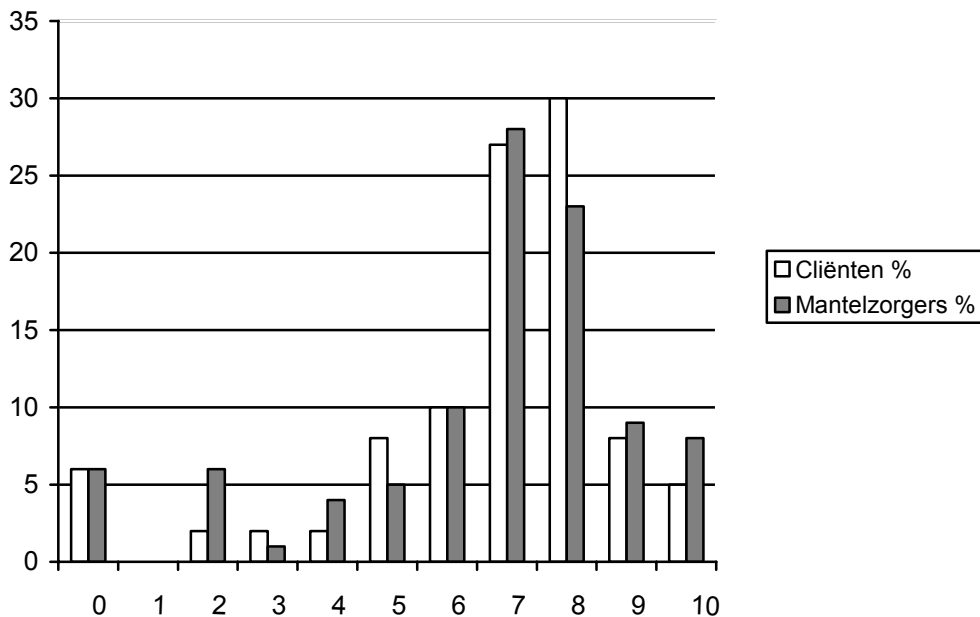


* In de vragenlijst is de term 'videonetwerk' gebruikt als synoniem voor videocommunicatie

Bedieningsgemak volgens cliënten en mantelzorgers

Aan de cliënten en mantelzorgers (voor zover zij dit kunnen beoordelen) is gevraagd een waarderingcijfer van 0 tot en met 10 te geven voor het gemak waarmee het systeem te bedienen is. Cliënten zijn over het algemeen positief: zij geven gemiddeld een 6,8 (figuur 4.2). Het oordeel van mantelzorgers over het bedieningsgemak komt, ongeveer overeen met dat van cliënten: zij geven gemiddeld een 6,6 (figuur 4.2). Opvallend is dat het oordeel van cliënten zeer uiteenlopend is: de scores variëren van 0 'zeer ontevreden' tot 10 'zeer tevreden'.

Figuur 4.2 Waarderingcijfer over het bedieningsgemak van het systeem voor videocommunicatie



Een vijfde deel van de cliënten (19%) en een kwart van de mantelzorgers (25%) geeft een ‘onvoldoende’ voor het bedieningsgemak van het systeem (cijfer 0-5). In de diepte-interviews met cliënten is het bedieningsgemak ook aan de orde geweest. Over het algemeen vinden cliënten dat het systeem eenvoudig te bedienen is: *‘Het is gewoon simpel, er zitten maar een paar knoppen op’*. Als nadeel wordt ervaren dat het systeem eigenlijk niet geschikt is voor slechtziende of slechthorende cliënten. *‘Ik heb heel vaak aangegeven dat ik zo slechtziend was en gevraagd of ik de bediening dan wel aankon. Maar dat was geen probleem. Dus het aantal keren dat ik op de zorgcentraleknop drukte was groot. Nu hebben ze er voelstreepjes op geplakt, maar of dat de oplossing is, weet ik ook niet’*. Een slechthorende cliënt vertelt: *‘Het is voor mij erg moeilijk om te verstaan als ze voor de televisie komen. Het is geluid is niet helder.’* Een andere cliënt zegt hier over: *‘De eerste charme die er aan zat is een beetje over. Het is een praatje met twee mensen die niet bij elkaar zitten, en die elkaar niet goed kunnen verstaan. Want ik ben nog doof ook’*.

4.3 Suggesties ter verbetering van de techniek en zorg- en dienstverlening

Tabel 4.2 laat zien hoeveel cliënten suggesties hadden ter verbetering van de techniek of de bediening van het systeem, of de zorg- en dienstverlening via videocommunicatie en of zij tevreden waren met de huidige situatie.

Tabel 4.2 Aantal cliënten (N=254) dat suggesties heeft voor verbetering van techniek of bediening van het systeem voor videocommunicatie, en zorg- en dienstverlening

Techniek of bediening			Zorg- en dienstverlening		
Geen suggesties; werkt goed	Geen suggesties, maar werkt niet (altijd) goed	Wel suggesties	Geen suggesties; is goed	Geen suggesties, maar is niet (altijd) goed	Wel suggesties
47% (n=101)	31% (n=67)	23% (n=49)	60% (n=123)	21% (n=43)	19% (n=38)

We kunnen concluderen dat aan de techniek of bediening van het systeem nog het één en ander verbeterd kan worden: slechts de helft van de cliënten (47%) geeft aan dat het systeem goed werkt. Cliënten zijn iets positiever over de zorg- en dienstverlening via videocommunicatie: zes op de tien cliënten (60%) is hier tevreden over en heeft geen suggesties voor verbetering.

Suggesties ter verbetering van de techniek of bediening

Een tiental cliënten heeft expliciet bij de open vraag in de schriftelijke vragenlijst over mogelijke verbeteringen, aangegeven dat zij verbeteringen in de bereikbaarheid van de zorgcentrale nodig achten. *'Het systeem geeft herhaaldelijk storingen en is daarom onbetrouwbaar. Er is regelmatig een controle- of onderhoudsbeurt nodig, om te zien of alles werkt'*.

Andere cliënten geven aan dat er te weinig uitleg is gegeven over de mogelijkheden van het systeem, over hoe het werkt en hebben behoefte aan een eenvoudige handleiding. *'Ik kan niet onthouden hoe het systeem werkt'*.

Daarnaast zouden enkele cliënten de kwaliteit van de beeldverbinding verbeterd willen zien. *'Het werkt af en toe traag en voor slechtzienenden is het beeld erg klein'*. Ook voor slechthorenden wordt de suggestie gedaan om voor ondertiteling te zorgen, omdat de spreek-luisterverbinding niet optimaal is. Voor cliënten met de ziekte van Parkinson geeft de hoorn veel problemen: handsfree bellen wordt als oplossing aangedragen.

Suggesties ter verbetering van de zorg- of dienstverlening

Enkele cliënten spreken de voorkeur uit om beeldverbinding met (klein)kinderen mogelijk te maken of gemakkelijk toegang te krijgen tot internet. *'Ik heb nu nog geen contact met de kinderen, en dat zou een verbetering kunnen zijn'*.

Een boodschappendienst is ook genoemd als mogelijke verbetering van de dienstverlening. *'Bij de aansluiting is gezegd dat ook het assortiment van Albert Heijn of Super de Boer op het systeem zou komen, maar daar heb ik niets over gezien of gehoord'*. *'De diensten zijn nog heel beperkt, en het is mij niet goed duidelijk wat ik mag en kan verwachten'*.

Andere cliënten spreken de voorkeur uit voor een combinatie van 24-uurs bereikbaarheid van de zorgcentrale met cameratoezicht op meerdere plekken in huis, centrale deurontgrendeling of een trekkoord bij alarm.

4.4 Gebruik van zorg, diensten en producten

Gebruik door cliënten

Cliënten maken vooral gebruik van 'zorg of begeleiding van de medewerker van de zorgcentrale, wanneer hij/zij daar behoefte aan heeft' (61%; tabel 4.3). Slechts een klein deel van de cliënten heeft op afgesproken momenten contact met de zorgcentrale (23%) of heeft kort contact op vaste momenten op de dag (21%).

De helft van de cliënten (50%) geeft aan te kunnen rekenen op ongeplande zorg in noodgevallen; de meerderheid van de cliënten (57%) maakt gebruik van een draadloze halszender voor alarmering en vier op de tien cliënten heeft personalarmering (40%).

Tabel 4.3 Gebruik van zorg, diensten of producten door aan het onderzoek deelnemende cliënten met videocommunicatie en mantelzorgers

Zorg, diensten en producten	Cliënten		Mantelzorgers	
	%	(N=254)	%	(N=136)
Zorgdiensten¹⁴				
Zorg of begeleiding van de medewerker van de zorgcentrale via videocommunicatie, <i>wanneer de cliënt daar behoefte aan heeft</i>	61%	(n=119)	n.v.t. ¹⁵	n.v.t.
Zorg of begeleiding van de medewerker van de zorgcentrale via videocommunicatie, <i>op afgesproken momenten</i>	23%	(n=43)	n.v.t.	n.v.t.
<i>Op vaste momenten kort contact met de medewerker van de zorgcentrale, om te horen of het goed gaat (goedemorgen en goedenavond service)</i>	21%	(n=39)	n.v.t.	n.v.t.
Instructieprogramma's over hoe om te gaan met de ziekte van mijn naaste of zijn/haar verzorging	n.v.t.	n.v.t.	5%	(n=5)
Communicatiediensten				
Videocommunicatie met mantelzorgers (kinderen of familie)	6%	(n=12)	n.v.t.	n.v.t.
Videocommunicatie met mijn naaste	n.v.t.	n.v.t.	13%	(n=17)
Videocommunicatie met lotgenoten	4%	(n=7)	n.v.t.	n.v.t.
Videocommunicatie met buurtgenoten	4%	(n=7)	n.v.t.	n.v.t.
Videocommunicatie met welzijnsorganisaties of ouderenadviseur	4%	(n=8)	7%	(n=9)

tabel 4.3 wordt vervolgd

¹⁴ ORG4c levert ook zorgdiensten op het gebied van telecare (Boonstra et al., 2008). Verder levert de thuiszorgorganisatie ook alarmeringdiensten maar dit staat los van het telecareproject.

¹⁵ N.v.t. betekent dat dit item niet is voorgelegd aan mantelzorgers.

<i>vervolg tabel 4.3</i>	Cliënten		Mantelzorgers	
	%	(N=254)	%	(N=136)
Zorg, diensten en producten				
Alarmering				
24-uurs zorg in noodgevallen	50%	(n=94)	25%	(n=27)
Draadloze halszender voor alarmering	57%	(n=113)	n.v.t.	n.v.t.
Trekschakelaar voor alarmering in bad- en/of slaapkamer	31%	(n=57)	n.v.t.	n.v.t.
Personenalarmering	40%	(n=72)	n.v.t.	n.v.t.
Beveiligingsdiensten				
Brandalarmering (rookmelder)	45%	(n=91)	n.v.t.	n.v.t.
Inbraaksignalering/bewaking bij afwezigheid	7%	(n=13)	n.v.t.	n.v.t.
Deurontgrendeling vanuit zorgcentrale	15%	(n=27)	n.v.t.	n.v.t.
Deurontgrendeling met afstandbediening	10%	(n=19)	n.v.t.	n.v.t.
Inkijken via beeldverbinding	n.v.t.	n.v.t.	21%	(n=23)
Cameratoezicht op één of meer plekken in huis	17%	(n=32)	21%	(n=23)
Automatische verlichting (badkamer, toilet)	6%	(n=11)	n.v.t.	n.v.t.
Informatiediensten				
Activiteitencentrum/wijkcentrum	14%	(n=25)	n.v.t.	n.v.t.
Lokaal loket service	6%	(n=10)	n.v.t.	n.v.t.
Comfortdiensten				
Mankementservice (klussendienst)	9%	(n=17)	n.v.t.	n.v.t.
Boodschappendienst	3%	(n=6)	n.v.t.	n.v.t.
Spelletjes	1%	(n=2)	n.v.t.	n.v.t.

Gebruik door mantelzorgers

Een kwart van de mantelzorgers noemt '24-uurs zorg in noodgevallen (25%)', 'inkijken via beeldverbinding' (21%) of 'cameratoezicht op één of meer plekken in huis' als zorg en diensten waar ze gebruik van maken (21%).

4.5 Contacten met de zorgcentrale

Contacten van cliënten met de zorgcentrale

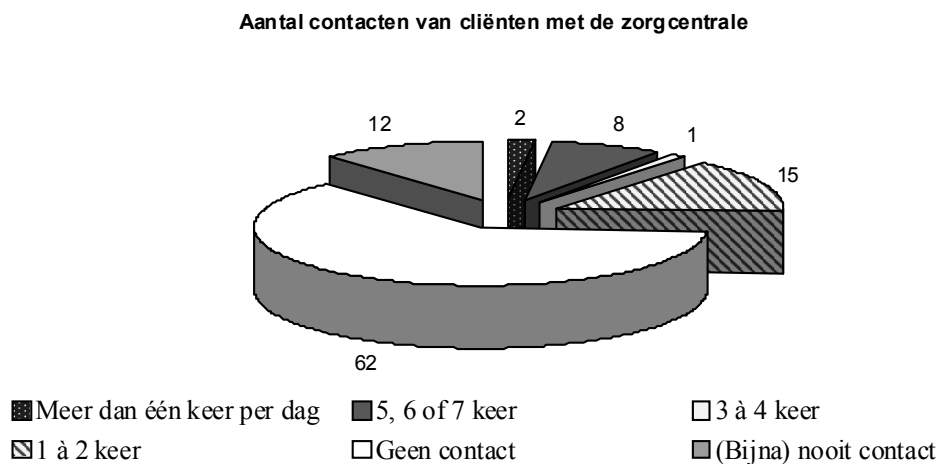
Een kwart van de cliënten heeft, volgens eigen zeggen, in de week voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, contact gehad met de medewerker van de zorgcentrale (26%; figuur 4.3. In de meeste gevallen was dat één of twee keer per week (15%). Cliënten die dagelijks contact hebben met de zorgcentrale, maken gebruik van de goedemorgen en

goedenavond service. Twaalf procent van de cliënten maakt (bijna) nooit gebruik van het systeem.

De meerderheid van de cliënten die regelmatig contact heeft met de zorgcentrale (55%) neemt meestal zelf contact op. Een kwart van de cliënten (26%) geeft aan dat de zorgcentralist meestal contact zoekt, en bij 8% van de cliënten wisselt het initiatief. De meeste cliënten hebben, gedurende één week, doorgaans met één of twee verschillende zorgcentralisten contact (70%), maar een aantal van tien verschillende zorgcentralisten is ook door twee cliënten genoemd.

Dit beeld wordt bevestigd in de diepte-interviews met cliënten. Een deel van de cliënten zegt het systeem voor videocommunicatie (bijna) nooit te gebruiken, omdat *‘zich de laatste paar maanden geen situatie heeft voorgedaan dat ik de zorgcentrale nodig had’*. Andere cliënten gebruiken het systeem af en toe, *‘Zo’n één keer per week, om te testen of hij het nog doet. Dan zeg ik ‘sorry’ en dan is het even testen en klaar’*. Cliënten die het systeem vaker gebruiken, doen dit doorgaans omdat ze zich eenzaam voelen: *‘Gewoon even een praatje willen maken, even een stem wil horen, en een mens wil zien, dat kan ook. Je hoeft niet met grote problemen te komen.’* Andere cliënten geven aan dat ze graag advies willen, bijvoorbeeld over medicijngebruik.

Figuur 4.3 Percentage cliënten dat, de week voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, geen of een bepaald aantal keren contact met de zorgcentrale heeft gehad (N=254)



Contacten van mantelzorgers met de zorgcentrale

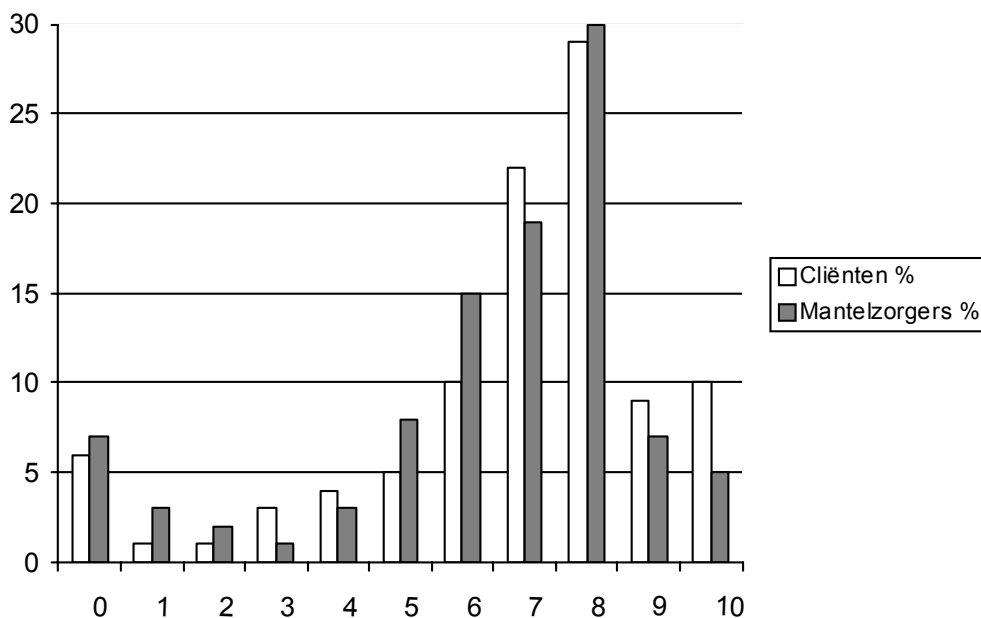
Acht mantelzorgers (6%) hebben in de week, voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, contact gehad met de medewerker van de zorgcentrale via videocommunicatie, doorgaans één of twee keer per week (vier van de acht mantelzorgers die contact hebben gehad).

Dienstverlening volgens cliënten en mantelzorgers

Opnieuw hebben we aan de cliënten en mantelzorgers in de vragenlijst gevraagd een

waarderingcijfer van 0 tot en met 10 te geven over de *zorg, diensten en producten* die worden aangeboden via het systeem (figuur 4.4). Cliënten zijn over het algemeen tevreden zijn met het aanbod van zorg, diensten en producten: zij geven gemiddeld een 6,7 en mantelzorgers gemiddeld een 6,3. Ook hier weer zien we dat het oordeel van de cliënten zeer uiteenlopend is, variërend van een 0 tot en met een 10. Een klein deel van de cliënten (16%) geeft een ‘onvoldoende’ (score 0-5) over de zorg, diensten en producten via videocommunicatie. Een mogelijke verklaring is dat bij een wooncomplex van één thuiszorgorganisatie het systeem standaard aanwezig in de woning en videocommunicatie als ‘verplicht’ wordt ervaren: *‘Ik heb hier niet voor gekozen’*, en *‘Ik wil geen gebruik maken van het systeem’*. Hier komen we bij de beschrijving van de resultaten van de diepte-interviews met cliënten (zie paragraaf 4.9) nog op terug.

Figuur 4.4 Waarderingcijfer over de zorg, diensten en producten die via videocommunicatie worden aangeboden



4.6 Mogelijkheden van videocommunicatie

Cliënten en mantelzorgers hebben aan de hand van een aantal stellingen in de vragenlijst hun oordeel gegeven over het gebruik van videocommunicatie (tabel 4.4). Een derde van de cliënten gebruikt het systeem vooral voor een praatje met de medewerker van de zorgcentrale (33%) en drie op de tien cliënten zoeken nu eerder contact met de medewerker van de thuiszorgorganisatie dan dat ze zouden doen zonder een aansluiting op een systeem voor videocommunicatie (31%).

De meeste cliënten vinden het prima dat de medewerker van de zorgcentrale in hun kamer kan kijken (71%; tabel 4.4). Ook in de interviews gaven cliënten aan de privacy geen probleem is omdat het systeem uit staat en ze geen contact krijgen voordat de cliënt

zelf opneemt. 'Soms zit ik in mijn ochtendjas, als ik slecht geslapen heb. Maar daar geef ik niks om'. Een enkele cliënt voelt het wel 'als inbreuk op de dagelijkse gang van zaken die je dan prettig moet vinden'.

Cliënten vinden het verder fijn om oogcontact te hebben met de medewerker van de zorgcentrale (68%) en zijn tevreden over de antwoorden die de medewerker van de zorgcentrale geeft als ze een vraag hebben (65%). Mantelzorgers hebben minder ervaring met het gebruik van videocommunicatie, en oordelen op de genoemde aspecten lager dan cliënten.

Tabel 4.4 Oordeel van cliënten en mantelzorgers over het gebruik van videocommunicatie

% (N)	Cliënten (N=254)			Mantelzorgers (N=136)		
	<i>Ja / eigenlijk wel</i>	<i>Nee / eigenlijk niet</i>	<i>N.v.t / weet niet</i>	<i>Ja / eigenlijk wel</i>	<i>Nee / eigenlijk niet</i>	<i>N.v.t / weet niet</i>
Ik/mijn naaste gebruik(t) het videonetwerk vooral voor sociaal contact ('n praatje) met de medewerkers van de zorgcentrale	33% (n=68)	13% (n=28)	54% (n=112)	<i>n.v.t</i>	<i>n.v.t</i>	<i>n.v.t</i>
Ik/mijn naaste ben/is tevreden over de snelheid waarmee ik word geholpen als ik contact opneem met de zorgcentrale	65% (n=139)	8% (n=27)	27% (n=49)	42% (n=46)	9% (n=10)	49% (n=53)
Er wordt goed samengewerkt tussen de zorgcentrale en de thuiszorgmedewerkers die bij mij/mijn naaste aan huis komen	45% (n=94)	6% (n=15)	49% (n=101)	42% (n=46)	6% (n=7)	52% (n=57)
Ik/mijn naaste kan net zo gemakkelijk met een medewerker via het videonetwerk praten als met een medewerker die bij mij/mijn naaste aan huis komt	52% (n=109)	21% (n=44)	27% (n=57)	28% (n=30)	19% (n=20)	53% (n=57)
Ik/mijn naaste ben/is tevreden over de antwoorden die de medewerker van de zorgcentrale geeft wanneer ik een vraag heb	65% (n=136)	4% (n=9)	31% (n=71)	38% (n=42)	6% (n=6)	56% (n=62)
Ik/mijn naaste zoek(t) nu eerder contact met de thuiszorg dan dat ik/mijn naaste deed zonder videonetwerk	31% (n=65)	33% (n=89)	26% (n=55)	26% (n=28)	30% (n=33)	44% (n=47)

tabel 4.4. wordt vervolgd

vervolg tabel 4.4. % (N)	Cliënten (N=254)			Mantelzorgers (N=136)		
	<i>Ja / eigenlijk wel</i>	<i>Nee / eigenlijk niet</i>	<i>N.v.t / weet niet</i>	<i>Ja / eigenlijk wel</i>	<i>Nee / eigenlijk niet</i>	<i>N.v.t / weet niet</i>
Ik/mijn naaste vind(t) het fijn om oogcontact te hebben via het videonetwerk met de medewerker van de zorgcentrale	68% (n=144)	10% (n=22)	22% (n=46)	44% (n=48)	8% (n=9)	48% (n=52)
Ik/mijn naaste vind(t) het prima dat de medewerker van de zorgcentrale in mijn kamer kan kijken	71% (n=155)	12% (n=25)	17% (n=38)	46% (n=52)	15% (n=16)	39% (n=44)
Het is handig dat ik/mijn naaste de medewerker van de zorgcentrale dingen kan laten zien	66% (n=138)	8% (n=17)	26% (n=54)	42% (n=47)	7% (n=7)	51% (n=57)

4.7 Effecten van videocommunicatie voor cliënten

Aan zowel de cliënten als de mantelzorgers is in de vragenlijst ook een aantal stellingen voorgelegd over de mogelijke voordelen en de effecten van het gebruik van videocommunicatie (tabel 4.5).

Tabel 4.5 Voordelen en effecten van videocommunicatie voor cliënten, zoals ervaren door cliënten en mantelzorgers

% (N)	Cliënten (N=254)			Mantelzorgers (N=136)		
	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t / weet niet</i>	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t / weet niet</i>
Ik/mijn naaste kan langer thuis blijven wonen dankzij het videonetwerk	61% (n=138)	21% (n=47)	18% (n=405)	58% (n=64)	13% (n=15)	29% (n=32)
Door het videonetwerk heb ik/heeft mijn naaste professionele hulpverleners (thuiszorgmedewerkers, huisarts e.d.) minder nodig	19% (n=41)	53% (n=114)	27% (n=58)	17% (n=19)	54% (n=61)	29% (n=32)
Door het videonetwerk heb ik/heeft mijn naaste de hulp van familie of bekenden minder nodig	26% (n=54)	51% (n=109)	24% (n=47)	19% (n=21)	55% (n=61)	26% (n=47)

tabel 4.5 wordt vervolgd

vervolg tabel 4.5 % (N)	Cliënten (N=254)			Mantelzorgers (N=136)		
	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	% (N)	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	% (N)
	Het contact via het beeldscherm heeft voor mij/mijn naaste een belangrijke meerwaarde in vergelijking met telefonisch contact	59% (n=128)	28% (n=59)	13% (n=29)	48% (n=54)	27% (n=31)
Door het videonetwerk is de bereikbaarheid van de thuiszorg sterk verbeterd	47% (n=102)	31% (n=67)	22% (n=48)	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>
Ik maak liever gebruik van het videonetwerk dan dat er een medewerker bij mij thuis komt	13% (n=28)	62% (n=128)	25% (n=53)	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>
Ik voel mij minder eenzaam dankzij het videonetwerk	29% (n=60)	48% (n=99)	23% (n=48)	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>
Mijn leven is aangenamer nu ik gebruik kan maken van het videonetwerk	38% (n=77)	43% (n=92)	19% (n=40)	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>
Ik heb meer contacten met anderen (zorgorganisaties, familie, medegebruikers) dankzij het videonetwerk	11% (n=23)	67% (n=141)	22% (n=47)	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>	<i>n.v.t.</i>
Het videonetwerk vind ik een geweldige uitvinding	76% (n=165)	13% (n=27)	11% (n=24)	63% (n=70)	9% (n=10)	28% (n=31)

Driekwart van de cliënten (76%) en zes op de tien mantelzorgers (63%) noemen in de vragenlijst het videonetwerk¹⁶ een geweldige uitvinding, en ervaart het contact via het beeldscherm als een belangrijke meerwaarde in vergelijking met telefonisch contact (59%). Zes op de tien cliënten (61%) van mening dat zij langer thuis kunnen blijven wonen dankzij het videonetwerk. In de diepte-interviews met cliënten werd ook aangegeven dat het videonetwerk ertoe bijdraagt dat ze zelfstandiger kunnen blijven wonen. Het idee dat hulp op afroep beschikbaar is speelt een grote rol. *‘Nou, als ik eens hulp nodig zou hebben, dan kan ik dat via het systeem doen. Dan kan ik thuis blijven wonen. Terwijl als ik ergens anders alleen zou zitten, dan kan ik dat niet.’* Een andere cliënt zegt hierover: *‘Je bent eigenlijk een beetje rustiger. Want als er hulp moet komen, weet je waar je wezen moet, en dan kan ik dat inschakelen. Ik voel me wel veiliger.’* Een aantal cliënten weet (nog) niet of videocommunicatie mogelijkheden biedt om langer zelfstandig

¹⁶ De term ‘videonetwerk’ is in de schriftelijke vragenlijst gebruikt als synoniem voor ‘videocommunicatie’.

te blijven wonen, omdat ze nog zelfstandig zijn: *'Misschien wel, maar nu nog niet. Dat moet ik nog ondervinden'*.

Voor eveneens de meerderheid van de cliënten (59%) die de vragenlijst heeft ingevuld, heeft contact via het beeldscherm een belangrijke meerwaarde in vergelijking met telefonisch contact met de thuiszorgorganisatie; 48% van de mantelzorgers is het hier mee eens. *'Als het er toch is, dan gebruik je het. Het is toch gemakkelijker dan dat je de telefoon pakt.'* *'Het is heel handig, want bij de zorgcentrale weten ze welke medicijnen je kunt gebruiken. En dan kunnen ze zeggen, nee mevrouw, u moet dat andere doosje hebben'*.

Ook wordt algemeen verwacht dat het gebruik van een videonetwerk zal bijdragen aan vermindering van de eenzaamheid van cliënten: slechts één op de drie cliënten in het vragenlijstonderzoek is het hier mee eens (29%). Een cliënt lichtte dit in het diepte-interview toe: *'Ik kan me niet voorstellen dat er iemand van mijn leeftijd is die daar nou zo dolenthousiast over is. Je kunt zeggen, het is knap van de techniek, dat je elkaar kunt zien. In het begin speelt dat natuurlijk wel een beetje. Maar je wordt niet bij de hand genomen. Je zit maar een beetje te kleppen'*. Het contact met de zorgcentralist wordt niet als oplossing voor de eenzaamheidsproblematiek van cliënten beschouwd. Voor een andere geïnterviewde cliënt speelt het systeem voor videocommunicatie wel een belangrijke rol bij de sociale contacten. *'Je kunt dat systeem inschakelen en dan toch een behoorlijk gesprek voeren. En dat geeft je het gevoel dat je 'normaal' functioneert. Dan kan ik er weer tegen.'* Een andere cliënt benoemde de contacten met de zorgcentralist als heel gezellig: *'Vooral als ze beeld maken. Ik ken ze nou van gezicht. De namen ken ik niet hoor. Ze zeggen de naam wel, maar dat kan ik niet onthouden. Dat hoeft ook niet als je 81 bent.'*

Videocommunicatie lijkt nauwelijks effect te hebben op de hoeveelheid professionele en informele steun aan cliënten. Een vijfde van de cliënten (19%) uit het vragenlijstonderzoek zegt de thuiszorgmedewerker minder vaak nodig te hebben dankzij videocommunicatie, maar cliënten geven tegelijkertijd aan dat face to face zorg nodig blijft. *'Want ik word gedoucht en ze kleden me aan, want dat red ik niet. Ze kunnen me moeilijk mijn kousen aantrekken via het systeem...'*

Een kwart van de cliënten (26%) doet, volgens eigen zeggen, minder vaak een beroep op familie en bekenden door het gebruik van videocommunicatie.

Dat de meeste cliënten contact via het beeldscherm *niet* als vervanging van fysiek contact met een medewerker van de thuiszorgorganisatie beschouwen, blijkt ook uit het feit dat slechts 13% van de cliënten uit het vragenlijstonderzoek het eens is met de stelling *'Ik maak liever gebruik van videocommunicatie dan dat een medewerker bij mij thuis komt'*.

Videonetwerk behouden

Of cliënten de meerwaarde inzien van het gebruik van videocommunicatie, komt tot uitdrukking in het antwoord op de in de vragenlijst gestelde vraag of ze het videonetwerk in de toekomst willen houden. De meerderheid van de cliënten (66%) wil videocommunicatie in de toekomst (eigenlijk) wel houden, 15% weet het niet en 19% wil

het videonetwerk (eigenlijk) niet houden. De kosten spelen hierbij ook een rol. Ongeveer een kwart van de cliënten (28%) betaalt momenteel € 25,- voor het systeem, als onderdeel van de servicekosten van het appartement (ORG5); voor de andere aangesloten cliënten is het systeem nu (nog) gratis. Ruim een derde van de cliënten (37%) zou videocommunicatie graag willen houden, ook al moeten ze er voor betalen. Het bedrag dat cliënten er dan voor over hebben varieert van € 2,- tot € 30,- per maand (€ 10,- is het meest vaak genoemd).

4.8 Ervaren veiligheid en zelfstandigheid

Vanuit de literatuur bestaat de verwachting dat een aansluiting op een systeem voor videocommunicatie voor cliënten duidelijke effecten zal hebben, bijvoorbeeld wat betreft het gevoel van veiligheid en de zelfstandigheid van de cliënt, zodat de mogelijkheid wordt geschapen om langer in de eigen omgeving te kunnen blijven wonen (Hanson et al., 2002; Van der Werff, 2001).

De antwoorden op de stellingen in figuur 4.5 geven inzicht in de opvattingen van cliënten en mantelzorgers over effecten van screen to screen zorg via videocommunicatie. Het eerste dat opvalt, is dat cliënten, op alle aspecten, namelijk ervaren veiligheid, zelfredzaamheid, emotionele ondersteuning en zelfstandigheid, iets positiever oordelen dan de mantelzorgers.

Het merendeel van de cliënten (71%) vindt dat videocommunicatie er toe heeft geleid dat zij zich veiliger voelen; 66% van de mantelzorgers is het hier mee eens.

In de diepte-interviews geven cliënten te kennen dat ze veel rustiger zijn, nu ze gebruik kunnen maken van het systeem voor videocommunicatie. *'Ik ben niet zo opgejaagd. Ik heb gevoel: er kan mij echt niks gebeuren'*. Een andere cliënt zegt: *'De veiligheid, dat is een belangrijk aspect. Er zijn meer mensen die alleen wonen, en het systeem geeft je echt een veiliger gevoel. Dat je contact kunt opnemen als er wat is, dat is nog belangrijker dan het contact zelf'*. Ook de 24-uurs opvolging bij hulp is aan de orde geweest.

'Nou, ik vind het handig dat als er nood is, als je wat mankeert, dat er dan ook hulp is.'

Het toegenomen gevoel van veiligheid kan overigens niet alleen worden toegeschreven aan het gebruik van videocommunicatie. Van de cliënten die naast videocommunicatie, ook een personalarmering hebben, ervaart 87% een toegenomen veiligheid, en voor cliënten met een draadloze halszender voor alarmering is het percentage cliënten dat zich veiliger voelt 76%. *'Als ik in de woonkamer wat krijg, dan druk ik eerst die knop. Boven heb ik het personenalarm. Dan voel ik me aan alle kanten veilig'*. De combinatie van personalarmering en een aansluiting op videocommunicatie zorgt dus voor een optimaal gevoel van veiligheid.

In de interviews met cliënten is naar voren gekomen dat het belangrijk is dat de veiligheid gegarandeerd is, en dat men op de techniek moet kunnen vertrouwen. Dat is niet altijd het geval, zo blijkt uit de volgende citaten: *'Het is al een paar keer gebeurd, dat ik het hele weekend geen contact kon maken. Het geeft me een gerust gevoel dat ik het heb, maar weer het onrustige gevoel: als het maar werkt. Ik heb nu hier het telefoonnummer van de thuiszorg liggen, maar dat is niet de bedoeling.'*

Een andere cliënt zegt: *'Ik weet nooit of dat ding wel werkt. Ik weet niet waardoor dat komt. Ik heb het de laatste maand niet nodig gehad, maar ik moet er ook niet aan denken dat het niet goed zou werken. Dan slaap ik de hele nacht niet.'*

Enkele cliënten hebben slechte ervaringen met de zorgcentrale.

'Het is een paar keer gebeurd dat de zorgcentrale niet adequaat reageerde. Mensen bellen nu uiteindelijk rechtstreeks 112, maar dat is niet de bedoeling geweest.'

Een ervaring van een andere cliënt luidt: *'Ik heb me ook wel eens gemeld, dat het alarm ging en het duurde een kwartier voordat de zorgcentrale reageerde. Ik riep nog: ik had allang begraven kunnen zijn, maar ik dacht bij mezelf: ik doe het nooit meer.'*

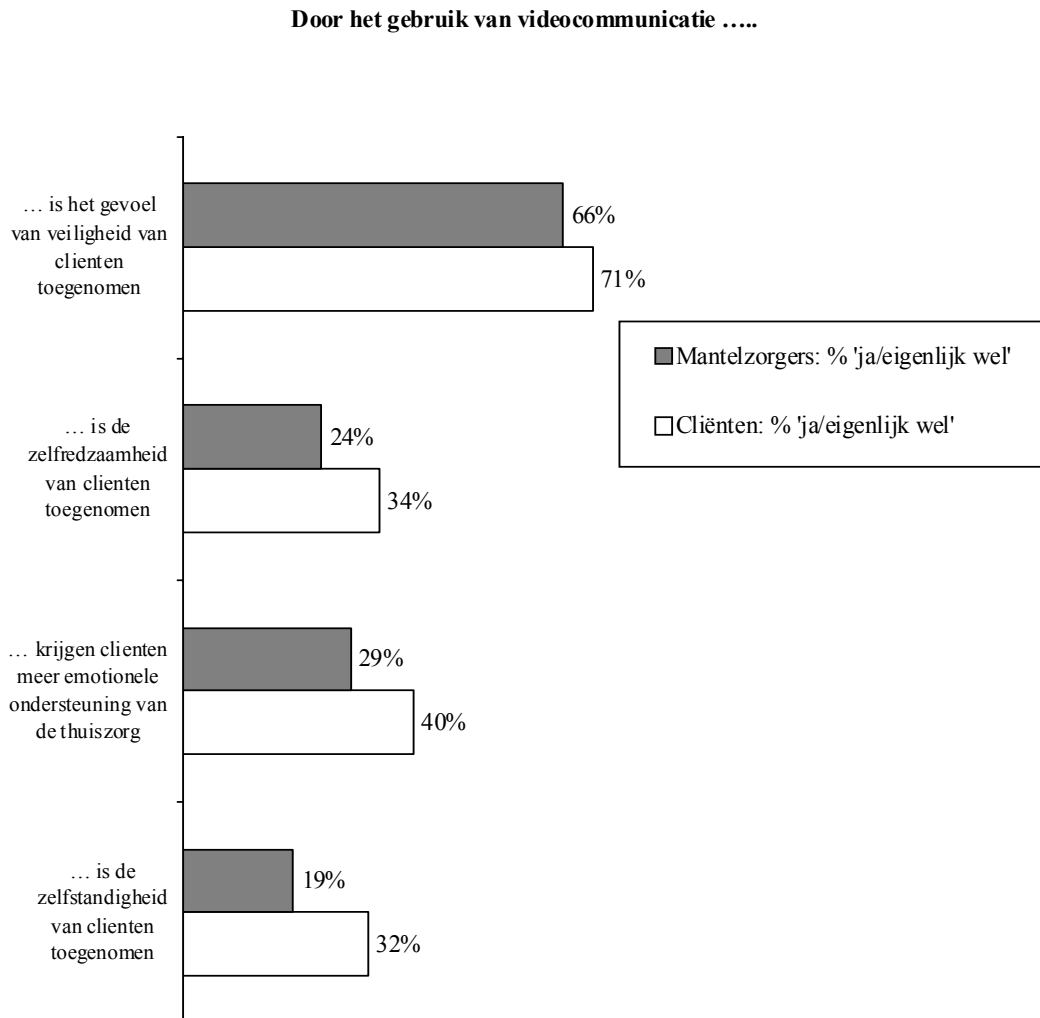
Videocommunicatie draagt voor vier op de tien cliënten (40%) positief bij aan zijn/haar emotionele ondersteuning door de thuiszorgorganisatie (een gesprekspartner, een luisterend oor). We hebben in het voorgaande al gezien dat het sociale contact met de medewerkers van de zorgcentrale, vooral voor cliënten die alleen wonen, belangrijk is.

Een derde van de cliënten (34%) geeft in de vragenlijst aan zichzelf beter te kunnen redden in het dagelijkse leven maken dankzij videocommunicatie en drie op de tien cliënten (32%) kan beter zelfstandiger wonen en zelf keuzes maken zelfstandig.

Een voorbeeld:

'Ik zit vaak alleen en woon alleen. En je hebt soms 's avonds dat je je niet goed voelt. Je hebt vragen, ja waar ga je dan naar toe? Dus ik kan gewoon het systeem aanzetten en even aan die verpleegster vragen: wat denkt u? Want ik wil niet iedere keer naar dokters gaan, want op een gegeven moment zien zij je ook aankomen, terwijl ik die ondersteuning echt hard nodig heb.'

Figuur 4.5 Effecten van videocommunicatie voor cliënten, zoals ervaren door cliënten en mantelzorgers



4.8.1 *Verschillen in effecten tussen groepen cliënten*

Om te achterhalen of er significante verschillen zijn voor wat betreft de ervaren veiligheid en zelfstandigheid van cliënten, bijvoorbeeld tussen cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg en cliënten zonder zorgindicatie, is een chi-kwadraat toets uitgevoerd ($p < 0.5$). Er zijn geen verschillen in effecten gevonden tussen mannen en vrouwen, tussen oudere cliënten (75+) en cliënten jonger dan 75 jaar, en het maakte voor de ervaren veiligheid, emotionele ondersteuning, zelfredzaamheid en zelfstandigheid van cliënten niet uit, hoe lang cliënten een aansluiting op het videonetwerk hebben. Ook zijn er geen significante verschillen tussen de deelnemende organisaties voor wat betreft de genoemde ervaren effecten gevonden.

Onderstaand presenteren we alleen de statistisch significante verschillen.

Cliënten met en cliënten zonder indicatie voor AWBZ-zorg

Cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg hebben vaker het idee dat, sinds de aansluiting op videocommunicatie, hun *zelfredzaamheid* is toegenomen (39% versus 26% cliënten zonder zorgindicatie) en ze meer *emotionele ondersteuning* ontvangen van de thuiszorgorganisatie (48% cliënten met zorgindicatie versus 26% cliënten zonder zorgindicatie). Voor de ervaren veiligheid en de zelfstandigheid zijn er geen verschillen tussen cliënten met en zonder indicatie voor AWBZ-zorg.

Alleenwonende en samenwonende cliënten

Cliënten die alleen wonen, geven vaker aan dat hun gevoel van *veiligheid* is toegenomen sinds het gebruik van videocommunicatie dan samenwonenden (76% alleenwonende cliënten versus 49% samenwonenden). Ook ervaren cliënten die alleen wonen dat ze *zelfredzamer* (39% versus 22% samenwonenden) en *zelfstandiger* zijn geworden (37% versus 17% samenwonenden).

Cliënten die hun gezondheid als (zeer) goed ervaren gezondheid en cliënten die hun gezondheid als matig of slecht ervaren

Cliënten die hun gezondheid als matig of slecht ervaren, hebben vaker het idee dat hun *zelfredzaamheid* is toegenomen dan cliënten met een (zeer) goede ervaren gezondheid (69% cliënten met een matig tot slechte ervaren gezondheid versus 31% van de cliënten met een (zeer) goede ervaren gezondheid). Ook ervaren ze meer *emotionele ondersteuning* van de thuiszorg (71% cliënten met een matig tot slechte ervaren gezondheid versus 17% van de cliënten met een (zeer) goede ervaren gezondheid) en ervaren ze vaker dat videocommunicatie bijdraagt aan hun *zelfstandigheid* (61% cliënten met een matig tot slechte ervaren gezondheid versus 38% van de cliënten met een (zeer) goede ervaren gezondheid).

4.9 Betekenis van videocommunicatie

Uit de diepte-interviews met cliënten die gebruik maken van videocommunicatie, is het volgende beeld naar voren gekomen over wat videocommunicatie betekent voor cliënten.

Verwachtingen van videocommunicatie

In de diepte-interviews met cliënten is aangegeven dat de verwachtingen hoog gespannen waren. Sommige cliënten hoopten dat videocommunicatie hun leven zou verrijken, dat ze ‘*wat zekerder zouden worden in hun optreden*’, dat ze ‘*elk moment van de dag met de kinderen online konden zijn*’ of vonden het spannend om ‘*iets nieuws*’ te proberen. Een aantal cliënten is van mening dat er vanuit de thuiszorgorganisatie ‘*verkeerde*’ verwachtingen zijn gewekt: ze zouden, dankzij het systeem voor videocommunicatie, altijd in hun eigen woning blijven wonen (en niet naar een verpleeghuis hoeven), ze zouden via een webcam online contact kunnen maken met hun kinderen en kleinkinderen, en ze zouden gebruik kunnen maken van andere diensten, zoals de boodschappendienst. Inmiddels zijn de verwachtingen van cliënten bijgesteld; het nieuwe van het systeem is er van af, cliënten zien in dat videocommunicatie geen oplossing kan zijn voor eenzaamheidsgevoelens, en geen vervanging van persoonlijke zorg. Veel geïnterviewde

cliënten zijn wel enigszins teleurgesteld, omdat aan hun verwachtingen om met (klein)kinderen contact te hebben via het systeem, (nog) niet is voldaan. Eén cliënt had er zelfs een computer voor aangeschaft, en heeft nu via de webcam contact met de kinderen. Toch zouden de meeste geïnterviewde personen het systeem aan anderen aanraden, omdat ze de meerwaarde er van inzien. Ze zouden het systeem dan vooral aanraden aan oudere mensen, die alleen wonen, die wat vergeetachtig zijn en die af en toe een praatje willen maken.

Ervaren veiligheid en zelfstandigheid

De meeste geïnterviewde cliënten zijn van mening dat videocommunicatie ertoe bijdraagt dat ze zich veiliger voelen. Het is voor hen een belangrijk idee dat er 24 uur per dag contact kan worden opgenomen, dat er dan meteen beeldcontact is, zodat de situatie kan worden ingeschat en dat er actie wordt ondernomen. Het biedt zekerheid en een rustiger gevoel. Dat werd vooral genoemd door cliënten die alleen wonen. Ook de kinderen vinden het *'een prettig idee dat er op hun moeder wordt gelet'* en zijn blij met het systeem voor videocommunicatie. Een voorwaarde is dan wel dat het systeem werkt, en een aantal cliënten geeft aan dat de techniek niet altijd te vertrouwen is. Een aantal geïnterviewde cliënten belt elke week in om te testen of het systeem werkt, zodat ze zich daar niet druk meer over hoeven te maken. Andere geïnterviewde cliënten laten weten dat het systeem voor hen op dit moment niet nuttig is, omdat ze nog een partner hebben, nog zelfstandig zijn en geen zorg nodig hebben. Ze gebruiken het systeem dan ook nauwelijks. Wel vinden ze het een prettig idee dat, als hen iets overkomt, er meteen hulp kan worden ingeroepen. In dat opzicht zorgt het systeem er ook voor dat ze zich veiliger voelen, ook al maken ze er (nog) geen gebruik van.

Sociale ondersteuning

In de diepte-interviews met cliënten is de behoefte aan sociaal menselijk contact duidelijk naar voren gekomen. Een aantal geïnterviewde cliënten woont alleen, heeft weinig contacten met buurtgenoten, de kinderen wonen ver weg en hebben een druk sociaal leven. Bovendien willen ze de kinderen niet belasten met hun problemen. Vooral cliënten die minder mobiel zijn en niet meer zelfstandig naar buiten kunnen, geven aan dat *'de sociale contacten nog het enige zijn wat ze hebben'*. Cliënten gebruiken de videocommunicatie voor de gezelligheid, *'om even een babbeltje te maken'*. Een aantal cliënten van het kwalitatieve onderzoek heeft te kampen met eenzaamheidsgevoelens, en voor hen is het (dagelijkse) praatje met de zorgcentralist een welkome afleiding.

Drempels voor het gebruik van videocommunicatie

Een aantal cliënten, zo blijkt uit de analyses van de interviews, ervaart drempels om, vaker dan ze al doen, gebruik te maken van videocommunicatie. Zo geeft een cliënt geeft aan dat ze tegen de zorgcentralist moet leren zeggen: *'Ik voel me niet lekker, mag ik even praten'*. Veel cliënten willen niet zeuren en hun problemen zelf proberen oplossen, en bellen alleen als ze vinden dat het écht nodig is, als er wat aan de hand is. Andere cliënten willen graag dat de verpleegkundige van de zorgcentrale met hen mee denkt, want ze willen *'de deur van de huisarts niet platlopen'*.

Aan de andere kant geven sommige cliënten aan dat ze graag een diepgaander contact zouden willen onderhouden met de zorgcentralist, maar dat een vertrouwensband ontbreekt. Een vertrouwensband is belangrijk, voordat men persoonlijke zaken vertelt. Cliënten vinden het moeilijk om via het beeldscherm te zeggen wat er op hun hart ligt. Het is, voordat cliënten inbellen, ook niet duidelijk welke zorgcentralist werkzaam is. Eén cliënt opperde de mogelijkheid om een soort keuzemenu te maken, met daarop de namen en foto's van zorgcentralisten.

Het feit dat de techniek af en toe hapert, zodat het beeld 'blokkerig' is of geluid vertraagd is, wordt ook - zeker voor mensen die slechthorend of slechtziend zijn - als drempel ervaren om contact op te nemen met de zorgcentrale. Ook is opgemerkt dat het beeldschermcontact menselijk contact, een arm om je heen, nooit kan vervangen.

Tot slot zorgen slechte ervaringen ervoor dat cliënten minder snel contact opnemen via het systeem, bijvoorbeeld als een cliënt het gevoel heeft dat hij niet geholpen is of als het - bij een alarm - te lang duurt voordat er contact wordt opgenomen vanuit de zorgcentrale. Het vertrouwen is dan beschaamd, en het duurt een tijdje voordat dit vertrouwen is hersteld.

Kosten videocommunicatie

De meeste geïnterviewde cliënten geven aan dat het videonetwerk graag willen behouden, als de proefperiode afloopt. Aan de andere kant zijn de kosten een onzekere factor.

Cliënten betalen nu nog geen bijdrage (met uitzondering van de cliënten van één wooncomplex) en maken zich hier zorgen over, ook omdat ze vaak al voor personenalarmering betalen en ze geen hoog inkomen hebben. Andere cliënten zeggen geen behoefte (meer) te hebben aan het systeem, als ze er voor moeten gaan betalen.

Wensen voor toekomstig gebruik

De meeste cliënten die zijn geïnterviewd zouden graag via het systeem contact willen hebben met de (klein)kinderen en vinden het contact met de kinderen erg belangrijk. Zoals vermeld is deze verwachting oorspronkelijk ook gewekt door de thuiszorgorganisatie, maar is (nog steeds) niet altijd mogelijk. Geen enkele cliënt gaf aan behoefte te hebben aan contact met anderen cliënten of buurtgenoten.

4.10 Effecten van videocommunicatie voor mantelzorgers

Ook de mantelzorgers hebben, aan de hand van een aantal stellingen in de vragenlijst, aangegeven of de aansluiting van zijn/haar naaste op videocommunicatie voor henzelf effecten heeft (tabel 4.6).

Tabel 4.6 Effecten op mantelzorgers door de aansluiting op videocommunicatie van zijn/haar naaste

% (N=136) <i>Door de aansluiting op videocommunicatie van mijn naaste:</i>	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t. / weet niet</i>
ben ik zelf geruster	66% (n=77)	14% (n=173)	20% (n=23)
vind ik de zorg voor mijn naaste minder zwaar	37% (n=43)	31% (n=36)	32% (n=37)
doet mijn naaste minder vaak een beroep op me	18% (n=20)	49% (n=56)	33% (n=38)
voel ik me meer ondersteund	51% (n=59)	21% (n=28)	28% (n=33)
besteed ik minder tijd aan de zorg voor mijn naaste	12% (n=14)	53% (n=62)	35% (n=40)
heb ik meer contact met mijn naaste	8% (n=9)	43% (n=59)	49% (n=55)

De aansluiting van cliënten op het systeem lijkt ook voor mantelzorgers een belangrijk effect te hebben: de meerderheid van de mantelzorgers (66%) geeft aan dat ze zelf (eigenlijk wel) geruster zijn over zijn/haar naaste. Daarnaast wordt de zorg voor zijn/haar naaste voor een deel van de mantelzorgers (37%) als minder zwaar ervaren en de helft (51%) voelt zich meer ondersteund door de aansluiting van de cliënt op het systeem voor videocommunicatie.

De aanwezigheid van een systeem voor videocommunicatie heeft, zoals we eerder hebben aangegeven, nauwelijks invloed op het aantal contacten tussen cliënten en mantelzorgers, maar de zorg wordt als minder belastend ervaren, dankzij de 24-uurs bereikbaarheid van de zorgcentrale.

Voordelen

Aan de hand van een open vraag in de vragenlijst hebben mantelzorgers het belangrijkste voordeel én het belangrijkste nadeel van aansluiting van zijn/haar naaste op videocommunicatie aangegeven. De SOS-functie in noodgevallen, de toezichtfunctie en het sociale praatje worden als belangrijkste voordelen beschouwd. Ter illustratie:

'Dat er altijd iemand bereikbaar is bij calamiteiten. Dat er in noodgevallen snel contact is'.

'Dat er persoonlijk contact wordt gelegd en dat mijn moeder altijd een luisterend oor heeft'.

'Dat er eenvoudig contact kan zijn met de zorginstelling en dat er gekeken wordt of alles in orde is.'

'Dat mijn moeder zich veilig voelt en dat zij makkelijker en eerder vragen durft te stellen'.

'Door oogcontact kan de situatie beter worden beoordeeld'.

'Het geeft mij (mantelzorger) een geruster gevoel, omdat er toezicht is'.

Nadelen

Het gebrekkig functioneren van de techniek, het bedieningsgemak en het ontbreken van direct, menselijk contact worden door mantelzorgers als belangrijkste nadelen gezien. Ter illustratie:

'Het systeem werkt vaak niet of niet goed, en is nog steeds in ontwikkeling'.

'De bediening is voor mijn naaste moeilijk. Mijn moeder begrijpt het niet zo goed'.

'Persoonlijk contact verdient de voorkeur boven techniek'.

4.11 Vergelijking met eerdere peilingen

In de monitorpeiling van november 2005 hebben slechts 33 cliënten hun meningen en ervaringen weergegeven over videocommunicatie; in 2007 hebben we gegevens van 254 cliënten over hun ervaringen met videocommunicatie. In de peiling van 2007 hebben we cliënten grotendeels dezelfde vragen voorgelegd als in 2005, zodat we kunnen nagaan of er sprake is van een trend. Echter, hier moet voorzichtig mee worden omgegaan, omdat het aantal ondervraagde cliënten in 2005 gering was (wat samenhangt met het feit dat in 2005 ook weinig aansluitingen waren).

Ook hebben we te maken met een enigszins andere cliëntgroep: in 2005 was het percentage cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg (93%) hoger dan in 2007 (50%), en de ervaren gezondheid is in 2007 iets beter in vergelijking met de deelnemende cliënten van 2005. Andere achtergrondkenmerken van cliënten, zoals gemiddelde leeftijd, geslacht en alleen- of samenwonend, zijn vergelijkbaar.

De redenen en motieven van cliënten om het systeem voor videocommunicatie te hebben is niet veranderd ten opzichte van 2005. Veel cliënten geven aan dat zij door de thuiszorgorganisatie gevraagd zijn om deel te nemen aan het project, of dat de partner, zoon of dochter op een aansluiting aandrong. De belangrijkste motieven liggen op het vlak van vergroten van de veiligheid en zelfredzaamheid, zodat men langer zelfstandig kan blijven wonen.

Cliënten waren in 2005 tevreden over het bedieningsgemak van het systeem en gaven gemiddeld een 7,9 als waarderingcijfer. In 2007 is het waarderingcijfer voor het bedieningsgemak gedaald naar 6,8; de scores lopen uiteen van zeer negatief (een '0') naar zeer positief (een '10'). De beeldkwaliteit en de verstaanbaarheid van de zorgcentralisten is volgens cliënten over het algemeen goed, maar cliënten zijn iets minder positief dan in 2005: het percentage cliënten dat tevreden is ligt tussen de 70% en 80%, terwijl dat percentage tevreden cliënten in 2005 tussen de 80% en 90% lag.

In 2005 hadden veel cliënten in de week voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, contact gehad met de zorgcentralist (63%), in 2007 heeft slechts een kwart van de cliënten (26%) in de betreffende week contact gehad met de zorgcentralist en nog eens 12% heeft (bijna) nooit contact via videocommunicatie. Ruim de helft van de cliënten die in de week, voorafgaand aan het contact hebben gehad met de medewerker van de zorgcentrale, neemt zelf contact op (55%); in 2005 was dit percentage lager (47%). Met andere woorden: de intensiteit van het contact tussen de cliënt en de zorgcentralist lijkt af te nemen in de loop der tijd, maar het initiatief om contact op te nemen ligt nu wel iets vaker bij de cliënt.

De meeste cliënten maken, net zoals in 2005, gebruik van zorg of begeleiding door zorgcentralisten wanneer hij/zij daar zelf behoefte aan heeft of hebben op vaste momenten kort contact, om te laten weten hoe het gaat. Cliënten kunnen vaker gebruik maken van een draadloze halszender voor alarmering (57% in 2007 versus 12% in 2005). Een derde van de cliënten gebruikt videocommunicatie vooral voor een sociaal praatje, ten opzichte van bijna de helft in 2005.

Cliënten zijn tevreden met de zorg- en diensten via videocommunicatie: in 2005 gaven ze gemiddeld een zeven en in 2007 is dat vergelijkbaar (waarderingcijfer 6,7). Vooral het oogcontact met zorgcentralisten en de toegankelijke manier waarop men contact kan maken met de thuiszorgorganisatie, worden gewaardeerd.

Videocommunicatie draagt voor veel cliënten bij aan het gevoel van veiligheid: 64% in 2005 versus 71% in 2007. Ook is bij ongeveer een derde van de cliënten het gevoel van zelfredzaamheid en de zelfstandigheid toegenomen en ervaren vier op de tien cliënten dat ze meer emotionele ondersteuning krijgen van de thuiszorg. Deze percentages zijn vergelijkbaar met die van 2005.

De meerderheid van de cliënten verwacht dat zij, dankzij de mogelijkheid van videocommunicatie, langer thuis kunnen blijven wonen (61%; in 2005 lag dat percentage op 70%).

Het gebruik van videocommunicatie heeft nauwelijks invloed op het aantal formele en informele contacten. Slechts een minderheid van de cliënten schat in dat zij minder gebruik maken van de professionele zorg (19%) en van informele zorg van familie of bekenden (26%), en hier is nauwelijks verandering opgetreden sinds 2005. Wel geven cliënten, net zoals in 2005, aan dat de bereikbaarheid van de thuiszorgorganisatie is verbeterd sinds de aansluiting op videocommunicatie.

Nieuw in 2007 is dat ook aan de mantelzorgers van cliënten is gevraagd of ze effecten ervaren als gevolg van de videocommunicatie van zijn/haar naaste. Voor de meerderheid van de mantelzorgers zorgt de mogelijkheid van screen to screen zorg van zijn/haar naaste voor een gerust gevoel (66%), en voelen zij zich meer ondersteund in de zorg voor zijn/haar naaste (51%). Ook volgens mantelzorgers heeft de aansluiting op videocommunicatie nauwelijks invloed op de frequentie van de contacten die ze met zijn/haar naaste hebben.

Driekwart van de cliënten (76%) en de meerderheid van de mantelzorgers (63%) vindt videocommunicatie een geweldige uitvinding. Toch heeft een groot deel van de cliënten kritische opmerkingen gemaakt over de betrouwbaarheid van de techniek en het bedieningsgemak; deze kan volgens hen nog verder worden verbeterd. Op de vraag aan cliënten of ze het systeem in de toekomst willen behouden, antwoordt de meerderheid instemmend (66%), en ruim een derde wil er ook voor betalen (37%).

Uit de diepte-interviews met cliënten, die in het kader van de monitor 2007 zijn gehouden, kwam opnieuw naar voren dat cliënten ook graag mogelijkheden willen voor videocommunicatie met familie, vooral met kinderen en kleinkinderen. Het aantal mogelijkheden voor videocommunicatie zou dus nog verder uitgebreid kunnen worden.

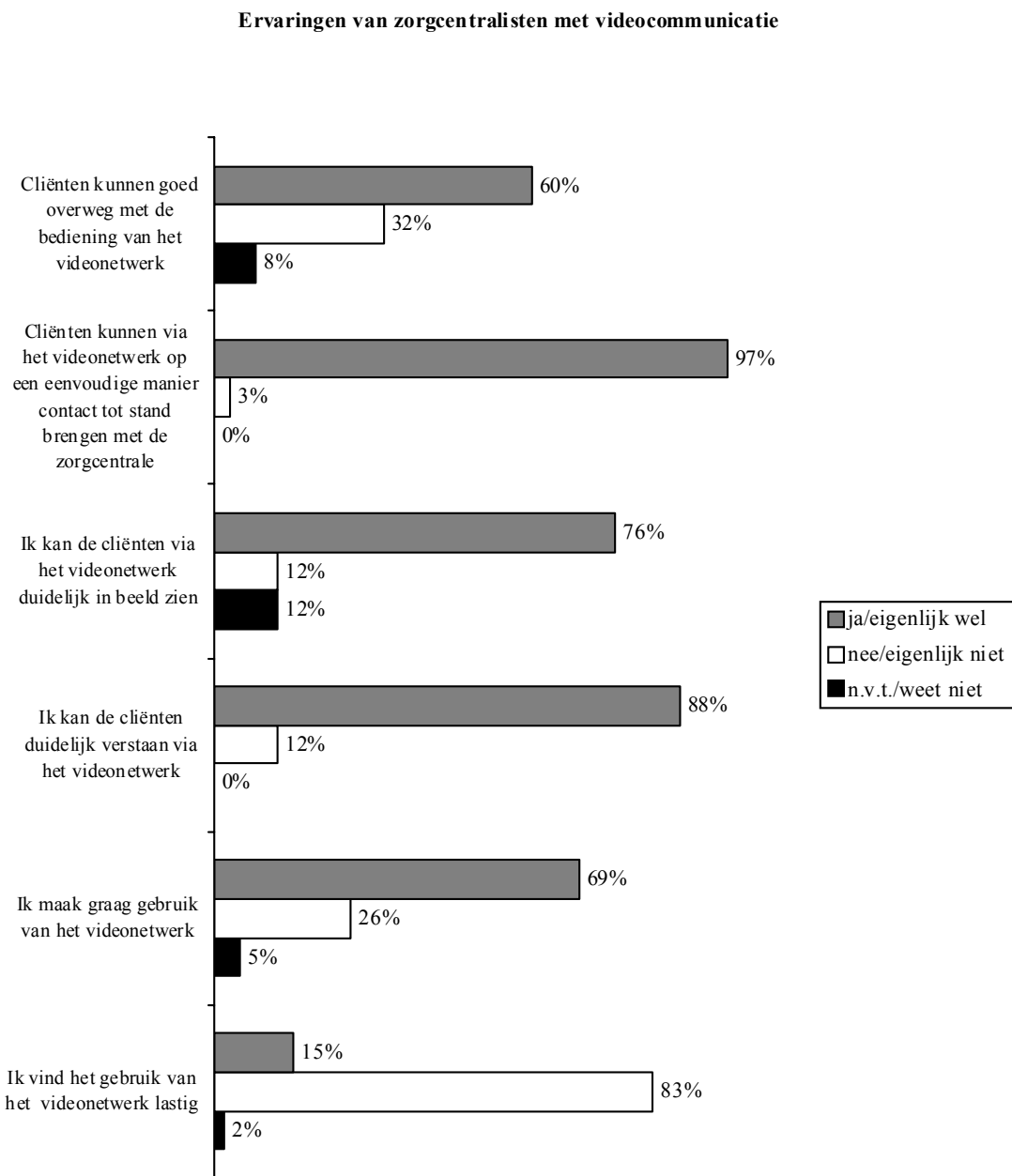
5 Ervaringen van zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers met videocommunicatie

5.1 Training en instructie van zorgcentralisten

Voor de opzet van een systeem voor videocommunicatie binnen de eigen thuiszorgorganisatie kan technische ondersteuning worden verwacht van de leverancier. Op welke wijze in de ondersteuning van zorgcentralisten wordt voorzien, valt onder de verantwoordelijkheid van de thuiszorgorganisatie. Driekwart van de deelnemende zorgcentralisten (N=38) zegt voldoende ondersteuning te hebben gehad bij de werking van videocommunicatie (73%). Voor medewerkers van de zorgcentrale die een training hebben gehad, bestond deze uit het meekijken met collega's (learning on the job), technische ondersteuning door de leidinggevende of ondersteuning via een instructiemap. De meeste zorgcentralisten kunnen bij vragen over de werking of techniek van videocommunicatie bij anderen terecht (87%): ofwel bij de projectmanager van de thuiszorgorganisatie of bij de leverancier van het technisch bedrijf (servicedesk).

Negen van de tien van de zorgcentralisten zijn positief over de kwaliteit van het beeld (89%) en over de spreek-luisterverbinding (88%). Opvallend is dat een kwart (26%) van de zorgcentralisten aangeeft *niet* graag gebruik te maken van videocommunicatie (figuur 5.1). De reden hiervoor is deels technisch van aard, namelijk dat de techniek van het beeld en geluid soms te wensen over laat. Vijftien procent van de zorgcentralisten vindt het gebruik van het systeem voor videocommunicatie lastig. Het gemiddelde waarderingcijfer dat zorgcentralisten geven voor het bedieningsgemak is 7,4 (met als laagste score '5'; deze is door twee zorgcentralisten gegeven).

Figuur 5.1 Ervaringen van zorgcentralisten met videocommunicatie



* In de vragenlijst is de term 'videonetwerk' gebruikt als synoniem voor videocommunicatie

Bedieningsgemak voor cliënten

Zorgcentralisten geven gemiddeld een 6,7 (13% 'onvoldoende') voor het bedieningsgemak van het systeem voor cliënten (cliënten zelf geven een 6,8; paragraaf 4.2). Slechts zes op de tien zorgcentralisten zijn van mening dat cliënten (eigenlijk wel) goed overweg kunnen met de techniek van videocommunicatie (60%; figuur 5.1). Als we dit percentage vergelijken met het percentage cliënten dat aangeeft over het algemeen

goed overweg te kunnen met het systeem (71%), dan kunnen we concluderen dat zorgcentralisten cliënten lager inschatten als het gaat de bediening.

5.2 Tevredenheid met de zorg- en dienstverlening via videocommunicatie

Gemiddeld besteden zorgcentralisten vier uur per week aan contacten met cliënten via videocommunicatie, variërend van een kwartier tot dertig uur per week.

Zorgcentralisten geven gemiddeld een 6,2 op een schaal van 0 tot en met 10 voor de *kwaliteit van de zorg- en dienstverlening* via videocommunicatie: een vijfde deel (22%) geeft een onvoldoende (score 5 of lager). De reden voor deze lage scores is dat zorgcentralisten van mening zijn dat deze vorm van zorg- en dienstverlening nog verder ontwikkeld moet worden, zoals de mogelijkheid om te monitoren (controle van zorgmomenten inbouwen) en het integreren van de zorg tussen zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers (betere protocollen voor de afstemming van de zorg). In paragraaf 5.3. noemen we meer suggesties van zorgcentralisten ter verbetering van de zorg- en dienstverlening via videocommunicatie.

De tevredenheid van zorgcentralisten over het *soort zorg en diensten* die worden aangeboden via videocommunicatie is matig: de gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 10 is 6,0.

De vragen overstijgen de professionele expertise van de zorgcentralisten over het algemeen niet (tabel 5.1, 67%) Integendeel: een derde van de zorgcentralisten is van mening dat hun expertise (eigenlijk) *niet* voldoende wordt benut (32%). De meerderheid van de zorgcentralisten is tevreden over de antwoorden die zij kunnen geven op vragen van cliënten en mantelzorgers (82%) en weten goed wanneer zij een cliënt moeten doorverwijzen naar een andere hulpverlener (81%).

Tabel 5.1 Oordeel van zorgcentralisten over de zorg- en dienstverlening via videocommunicatie

% (N =38)	ja / eigenlijk	nee / eigenlijk	n.v.t. / weet
	wel	niet	niet
Mijn expertise wordt voldoende benut in mijn zorg- en dienstverlening via het videonetwerk	54% (n=20)	32% (n=12)	14% (n=5)
De vragen, die via het videonetwerk worden gesteld, overstijgen vaak mijn expertise	3% (n=1)	67% (n=33)	10% (n=4)
Ik ben tevreden over de antwoorden die ik kan geven op vragen van cliënten via het videonetwerk	82% (n=31)	8% (n=3)	10% (n=4)
Ik weet goed wanneer ik de cliënt moet doorverwijzen naar een andere zorgverlener (bijvoorbeeld naar een andere thuiszorgmedewerker of een arts)	81% (n=30)	3% (n=1)	16% (n=6)

De meeste zorgcentralisten ervaren dat cliënten videocommunicatie vooral gebruiken voor sociaal contact of 'n praatje (87%; tabel 5.2). In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat slechts drie op tien cliënten aangeven dat hij/zij het videonetwerk vooral gebruiken voor sociaal contact.

Een minderheid van de zorgcentralisten is van mening dat cliënten eerder contact zoeken met de thuiszorgorganisatie dan dat ze deden zonder aansluiting (36%).

Tabel 5.2 Oordeel van zorgcentralisten over het gebruik van videocommunicatie

% (N=38)	ja / eigenlijk	nee/ eigenlijk	n.v.t. / weet
	wel	niet	niet
Cliënten gebruiken het videonetwerk vooral voor sociaal contact ('n praatje) met de zorgcentrale	87% (n=32)	5% (n=2)	8% (n=3)
Cliënten zoeken nu eerder contact met de thuiszorg dan dat ze deden zonder videonetwerk	36% (n=13)	42% (n=15)	22% (n=7)
Ik ben tevreden over de snelheid waarmee ik cliënten kan helpen als ze contact opneem met de zorgcentrale	78% (n=29)	11% (n=7)	3% (n=1)
Er wordt goed samengewerkt tussen de zogcentrale en de thuiszorgmedewerkers die bij de mensen thuis komen	49% (n=18)	21% (n=8)	30% (n=11)
Ik vind het fijn om oogcontact te hebben met cliënten via het videonetwerk	82% (n=28)	15% (n=5)	3% (n=1)
Ik vind het prettig dat ik in de kamer van cliënten kan kijken	41% (n=15)	32% (n=9)	27% (n=10)
Het is handig dat cliënten mij dingen kunnen laten zien	84% (n=32)	8% (n=3)	8% (n=3)
Het videonetwerk vind ik een geweldige uitvinding	81% (n=30)	16% (n=6)	3% (n=1)

De meerderheid van de zorgcentralisten vindt het fijn oogcontact te hebben met de cliënten (82%) en vindt het handig dat cliënten het systeem gebruiken om dingen, bijvoorbeeld het medicijndoosje, te laten zien aan de medewerker van de zorgcentrale (84%). Zorgcentralisten (81%) vinden videocommunicatie over het algemeen een geweldige uitvinding.

5.3 Suggesties ter verbetering van de techniek of zorg- en dienstverlening

Suggesties ter verbetering van de techniek of de bediening

Zorgcentralisten zijn unaniem van mening dat het systeem niet altijd goed werkt (storingen, geen optimale inbelverbinding), en dat er van tijd tot tijd problemen zijn met de techniek (tabel 5.3). *‘Het is belangrijk te zorgen dat de techniek 100% geoptimaliseerd wordt. Cliënten vertrouwen er op, en het risico bestaat dat een alarmoproep niet binnenkomt bij de zorgcentrale’.*

We hebben al (in figuur 5.1) gezien dat de meerderheid van de zorgcentralisten positief is over de kwaliteit van het beeld en het geluid, maar toch zou de techniek nog verder verbeterd moeten worden. *‘Er zit een erge vertraging op het beeld en geluid. Dat is storend. Als dat weg zou zijn, zou het contact met cliënten veel prettiger zijn’.*

Zorgcentralisten vinden verder dat het systeem voor de cliënt eenvoudig moet zijn en dat de techniek op dit moment nog te ingewikkeld is en *‘dat er nog meer rekening moet worden gehouden met de doelgroep, bijvoorbeeld een gemakkelijke handhoorn en ondertiteling voor mensen die doof zijn’.*

Tabel 5.3 Aantal zorgcentralisten (N=38) dat suggesties heeft voor verbetering van techniek of bediening van het systeem voor videocommunicatie, en zorg- en dienstverlening

Techniek of bediening			Zorg- en dienstverlening		
Geen suggesties; werkt goed	Geen suggesties, maar werkt niet (altijd) goed	Wel suggesties	Geen suggesties; is goed	Geen suggesties, maar is niet (altijd) goed	Wel suggesties
0% (n=0)	57% (n=20)	43% (n=15)	9% (n=3)	29% (n=10)	62% (n=21)

Suggesties ter verbetering van de zorg- en dienstverlening van videocommunicatie

Zorgcentralisten hebben uitgesproken ideeën over de verbetering van de zorg- en dienstverlening aan cliënten. De verbetering van de zorg- en dienstverlening heeft dan betrekking op de volgende aspecten:

(1) de communicatie met cliënten

‘Betere communicatie naar de cliënten toe; de verwachtingen van onze bijdrage zijn niet goed gecommuniceerd naar cliënten’.

‘Het lijkt me prettig dat cliënten de medewerkers ook eens in levende lijve ontmoeten’.

(2) de interne werk- en zorgprocessen

‘Betere protocollen met betrekking tot overlegsituaties die bij cliënten komen, het uitwisselen van ervaringen van zorgcentralisten en hulpverleners, en de verantwoordelijkheden goed op papier zetten’.

‘Beter integreren in de dagelijkse werkzaamheden, want het moet er nu even naast gedaan worden’.

‘Meer continuïteit van de medewerkers om een vertrouwensband met cliënten te krijgen’.

‘Meer scholing in technische handelingen’.

‘Stabiliteit van het videocontact realiseren, voordat het systeem verder ontwikkeld wordt’.

‘Monitoring van cliënten is belangrijk en is mogelijk door het ‘inbellen’ van de zorgcentrale naar de cliënt’.

(3) uitbreiding van het dienstenpakket

‘Uitbreiding van servicemogelijkheden, bijvoorbeeld een uitgaansagenda, wijknieuws of recepten’.

5.4 Effecten van videocommunicatie voor cliënten

De deelnemende zorgcentralisten en de thuiszorgmedewerkers hebben in de vragenlijst gereageerd op een aantal stellingen over de mogelijke voordelen en effecten van het gebruik van videocommunicatie (tabel 5.4).

Tabel 5.4 Voordelen van videocommunicatie voor cliënten, zoals ervaren door zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers

% (N)	Zorgcentralisten (N=38)			Thuiszorgmedewerkers (N=11)		
	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t / weet niet</i>	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t / weet niet</i>
Cliënten kunnen langer thuis blijven wonen dankzij het videonetwerk	67% (n=25)	38% (n=10)	5% (n=2)	55% (n=6)	36% (n=4)	9% (n=1)
Door het videonetwerk hebben cliënten professionele hulpverleners (thuiszorgmedewerkers, huisarts e.d.) minder nodig	43% (n=15)	48% (n=17)	9% (n=3)	60% (n=6)	30% (n=3)	10% (n=1)
Door het videonetwerk hebben cliënten hulp van familie of bekenden minder nodig	46% (n=17)	38% (n=14)	16% (n=6)	64% (n=7)	37% (n=3)	9% (n=1)
Het contact via het beeldscherm van het videonetwerk heeft een belangrijke meerwaarde voor cliënten, in vergelijking met telefonisch contact	81% (n=30)	16% (n=6)	3% (n=1)	91% (n=10)	0% (n=0)	9% (n=1)
Door het videonetwerk is de bereikbaarheid van de thuiszorg sterk verbeterd	41% (n=15)	41% (n=15)	18% (n=7)	50% (n=5)	20% (n=2)	30% (n=3)

tabel 5.4 wordt vervolgd

vervolg tabel 5.4	Zorgcentralisten (N=38)			Thuiszorgmedewerkers (N=11)		
	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t / weet niet</i>	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t / weet niet</i>
Cliënten maken liever gebruik van het videonetwerk dan dat er een medewerker bij hen thuis komt	5% (n=2)	57% (n=21)	38% (n=14)	10% (n=1)	80% (n=8)	10% (n=1)
Cliënten voelen zich minder eenzaam dankzij het videonetwerk	73% (n=27)	11% (n=10)	16% (n=6)	80% (n=8)	10% (n=1)	10% (n=1)
Door het videonetwerk kan de situatie van cliënten beter worden ingeschat dan alleen bij telefonisch contact	84% (n=31)	11% (n=4)	5% (n=2)	80% (n=8)	10% (n=1)	10% (n=1)
Door het videonetwerk kan er beter worden ingespeeld op zorgvragen van cliënten	61% (n=23)	21% (n=8)	18% (n=7)	90% (n=9)	0% (n=0)	10% (n=1)
Door het videonetwerk kan er eerder worden gesignaleerd als het minder goed gaat met de cliënt	69% (n=25)	17% (n=6)	14% (n=5)	70% (n=7)	10% (n=1)	20% (n=2)
Door het videonetwerk kan er sneller hulp worden verleend	46% (n=16)	34% (n=12)	20% (n=7)	70% (n=7)	20% (n=1)	10% (n=1)
Door het videonetwerk kan er beter worden beoordeeld of er hulp nodig is	69% (n=25)	17% (n=6)	14% (n=5)	80% (n=8)	0% (n=0)	1% (n=20)
Door het videonetwerk kunnen cliënten eerder worden gerustgesteld	82% (n=31)	5% (n=2)	13% (n=5)	100% (n=10)	0% (n=1)	0% (n=0)
Door het videonetwerk kunnen mantelzorgers worden ontlast	66% (n=25)	24% (n=9)	10% (n=4)	90% (n=9)	10% (n=1)	0% (n=0)

Driekwart van de zorgcentralisten is van mening dat videocommunicatie een belangrijke meerwaarde heeft voor cliënten, in vergelijking met telefonisch contact (81%). Opnieuw schatten zorgcentralisten dit hoger in dan de cliënten: van de cliënten ervaart ruim de helft (61%) een meerwaarde van beeldcontact in vergelijking met telefonisch contact. Als voordelen zien de meeste zorgcentralisten dat cliënten eerder gerustgesteld kunnen worden (82%) én dat de situatie van cliënten beter kan worden ingeschat dan bij alleen telefonisch contact (84%). Volgens tweederde van de zorgcentralisten (67%) kunnen cliënten langer thuis blijven wonen dankzij videocommunicatie (dit percentage is

vergelijkbaar met dat van cliënten: 57%) en zorgt videocommunicatie ervoor dat cliënten zich minder eenzaam voelen (73%). Het oordeel van de thuiszorgmedewerkers over de effecten van videocommunicatie op cliënten zijn wat rooskleuriger dan die van de zorgcentralisten (tabel 5.4).

Opnieuw zien we een overschatting van de professionals als het gaat om de voordelen van de videocommunicatie voor cliënten: slechts een kwart van de cliënten geeft aan dat ze zich minder eenzaam voelen dankzij videocommunicatie (29%; tabel 4.5).

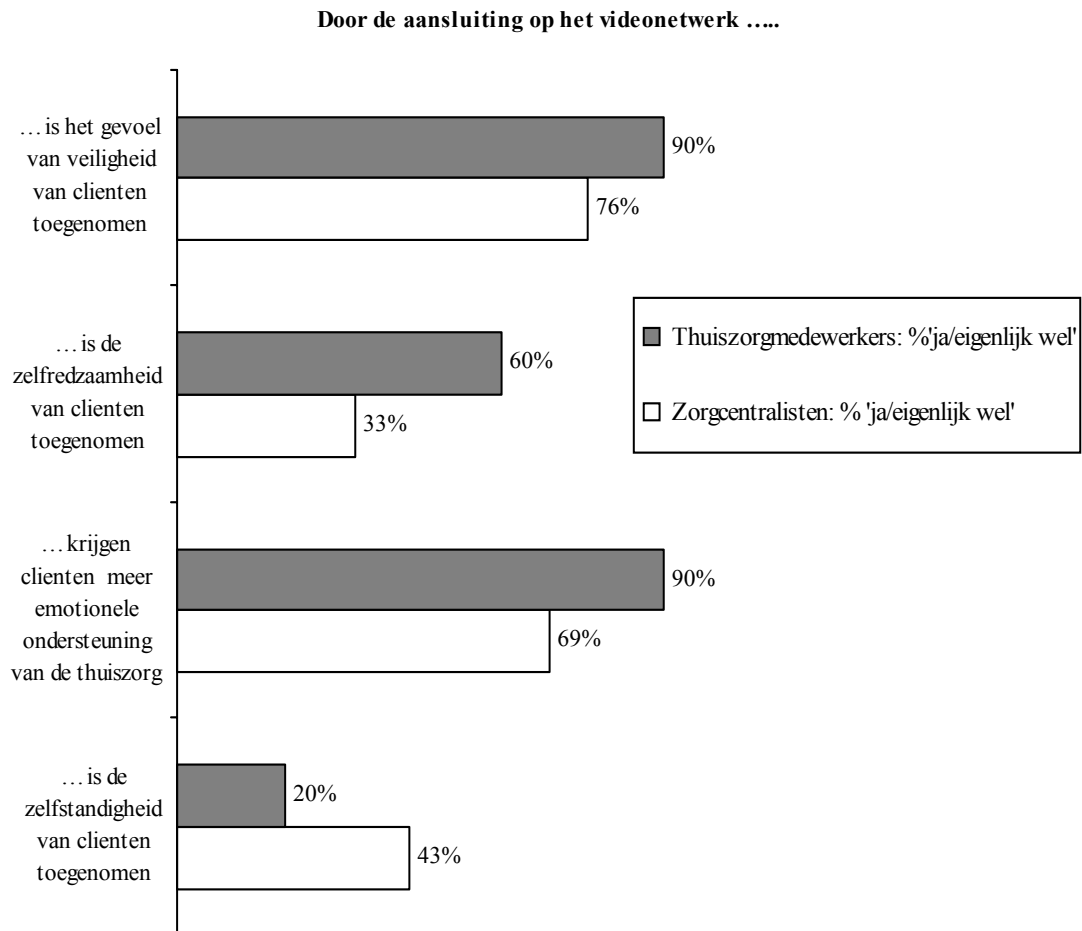
Een kleine minderheid van de zorgcentralisten is het eens met de stelling dat cliënten de hulp van professionals (43%) of van familie of bekenden minder nodig hebben (46%). De aanwezigheid van een systeem voor videocommunicatie heeft met andere woorden, volgens zorgcentralisten, nauwelijks invloed op de bestaande formele en informele contacten. Cliënten en mantelzorgers zien nog minder verschillen als het gaat om het aantal contacten sinds de aansluiting op videocommunicatie (tabel 4.5).

5.5 Ervaren veiligheid en zelfstandigheid van cliënten

In hoofdstuk 4 zijn de effecten van videocommunicatie voor de ervaren veiligheid en zelfstandigheid van cliënten, volgens cliënten zelf en mantelzorgers, al aan de orde geweest. Deze stellingen over de effecten zijn ook aan de zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers voorgelegd (figuur 5.2).

We zien dat de meerderheid van zowel de zorgcentralisten (76%) als de thuiszorgmedewerkers (90%), van mening is dat cliënten zich veiliger voelen met de aanwezigheid van een systeem voor videocommunicatie. Ook vinden zij dat cliënten meer emotionele ondersteuning krijgen van de thuiszorg (69% van de zorgcentralisten en negen op de tien thuiszorgmedewerkers). De effecten van videocommunicatie op de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van cliënten zijn minder vaak genoemd (figuur 5.2). Zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers zijn positiever over de effecten voor het gebruik van videocommunicatie voor cliënten dan cliënten zelf, vooral als het gaat om de emotionele ondersteuning aan cliënten.

Figuur 5.2 Effecten van videocommunicatie voor cliënten, zoals ervaren door zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers



Meer, minder of andere zorg door videocommunicatie

Aan thuiszorgmedewerkers is de vraag gesteld of zij, vanuit hun ervaring met de zorg voor cliënten thuis, het idee hebben dat het gebruik van videocommunicatie ertoe leidt dat cliënten méér zorg ontvangen, minder zorg of andere zorg. Twee thuiszorgmedewerkers hebben de indruk dat cliënten minder zorg ontvangen (20%), bijvoorbeeld bij cliënten die via videocommunicatie worden geattendeerd op medicijninname, gaan de medewerkers van de thuiszorg minder vaak langs. Drie van de tien thuiszorgmedewerkers (30%) is van mening dat de aard van de zorg die wordt geleverd is veranderd sinds videocommunicatie: *‘Er wordt directer en gericht(er) zorg geleverd, maatwerk, maar dit vraagt ook meer flexibiliteit van de zorgverlener’*.

Volgens twee andere thuiszorgmedewerkers is de zorg aan cliënten met een aansluiting hetzelfde gebleven en twee thuiszorgmedewerkers zijn van mening dat cliënten aangespoord moeten worden om (méér) gebruik te maken van videocommunicatie. In hoofdstuk 4 (paragraaf 4.9) is aan de orde gekomen dat cliënten drempels ervaren om gebruik te maken van videocommunicatie.

5.6 Effecten op de werkbeleving van professionals

Het verlenen van zorg via videocommunicatie kan van invloed zijn op de arbeidssatisfactie van zorgcentralisten. Aan zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers, die bij cliënten thuis zorg leveren, is gevraagd of hun werkbeleving is veranderd sinds de videocommunicatie (tabel 5.5).

Tabel 5.5 Effecten van videocommunicatie op de werkbeleving, zoals ervaren door zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers

% (N)	Zorgcentralisten (N=38)			Thuiszorgmedewerkers (N=11)		
	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t / weet niet</i>	<i>Ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t / weet niet</i>
Het werken als zorgcentralist maakt mijn werk gevarieerder/mijn werk als thuiszorgmedewerker is gevarieerder sinds het videonetwerk	84% (n=32)	14% (n=4)	2% (n=5)	50% (n=5)	50% (n=5)	0% (n=0)
Nieuwe ontwikkelingen, zoals het videonetwerk, maken mijn werk aantrekkelijk	81% (n=31)	11% (n=4)	8% (n=3)	70% (n=7)	20% (n=2)	10% (n=1)
De informatieoverdracht tussen de zorgcentrale en thuiszorgmedewerkers is goed geregeld	42% (n=15)	33% (n=12)	25% (n=9)	50% (n=5)	20% (n=2)	30% (n=3)
De werkdruk is groter geworden sinds het videonetwerk	33% (n=12)	50% (n=18)	17% (n=6)	10% (n=1)	80% (n=8)	10% (n=1)
Het werken als zorgcentralist biedt nieuwe kansen voor verzorgenden of verpleegkundigen die nu <i>niet</i> aan het werk zijn vanwege lichamelijke klachten, en wél graag aan het werk willen	81% (n=30)	14% (n=5)	5% (n=2)	90% (n=9)	0% (n=0)	10% (n=1)

Het werken als zorgcentralist heeft voor acht op de tien medewerkers als positief effect dat het werk gevarieerder is geworden (84%) en dat nieuwe ontwikkelingen, zoals videocommunicatie, het werk aantrekkelijk maken (81%). Het werken als zorgcentralist biedt, volgens de ondervraagde zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers, nieuwe kansen voor verzorgenden en verpleegkundigen die nu niet aan het werk zijn vanwege lichamelijke klachten, maar wel graag aan het werk zouden willen (81% van de zorgcentralisten en 90% van de thuiszorgmedewerkers).

Van de andere kant is een derde van de zorgcentralisten (33%) van mening dat de werkdruk groter is geworden sinds het werken met videocommunicatie. In de vragenlijst werd door zorgcentralisten toegelicht dat zij, naast het werk op de zorgcentrale, nog

andere taken moeten verrichten of dat zij niet goed zijn geïnstrueerd over het gebruik van de techniek.

5.7 Vergelijking met eerdere peilingen

In 2005 hebben 21 zorgcentralisten de vragenlijst ingevuld, in 2007 waren dat er 38 (in beide jaren tweederde van het totaal aantal medewerkers van de zorgcentrale). In 2005 hadden vijf zorgcentralisten géén opleiding in de verpleging of verzorging, in 2007 waren dat er vier. Ook is het percentage HBO-verpleegkundigen toegenomen ten opzichte van 2005 (van 22% in 2005 naar 46% in 2007).

Gemiddeld besteden zorgcentralisten vier uur per week aan contacten met cliënten via videocommunicatie, en dat is niet veranderd ten opzichte de eerdere peiling in 2005. Zorgcentralisten werken gemiddeld twintig uur per week en hebben, naast het werken op de zorgcentrale, nog andere werkzaamheden binnen de thuiszorg.

Driekwart van de zorgcentralisten geeft aan voldoende training en instructie te hebben gehad over de werking en techniek van het systeem (73%), in 2005 was dit eenzelfde deel. De meeste zorgcentralisten kunnen, net zoals voorheen, met vragen wel terecht bij de projectmanager of bij de helpdesk van de leverancier of van het technisch bedrijf.

Het bedieningsgemak volgens zorgcentralisten is stabiel te noemen: in 2005 was dit een 7,8 en in 2007 een 7,4. Net zoals in 2005 zijn zorgcentralisten van mening dat videocommunicatie niet moeilijk te bedienen is voor cliënten: gemiddeld geven zij een 6,7 tegenover 6,8 in 2005. Het oordeel van zorgcentralisten is opnieuw lager dan de mening van cliënten over het bedieningsgemak.

Ook de tevredenheid van de zorgcentralisten over de zorg- en dienstverlening is niet veranderd: zij gaven in 2007 gemiddeld een 6,2 en in 2005 was dit een 6,4. Een meerderheid van de zorgcentralisten is, net zoals in 2005, tevreden over de snelheid waarmee ze de cliënten kunnen helpen en over de antwoorden die men kan geven op vragen van cliënten of van mantelzorgers. De vragen overstijgen de expertise niet en zij weten goed wanneer zij een cliënt moeten doorverwijzen naar een andere hulpverlener. In 2005 was een kwart van de zorgcentralisten van mening dat hun expertise *niet* volledig wordt benut, in 2007 is dat percentage gestegen naar 32%. Dat geldt vooral voor de zorgcentralisten met een HBO-opleiding.

Zorgcentralisten zijn onveranderd in hun opvatting dat videocommunicatie voor cliënten een geweldige uitvinding is: 81% vond dit in 2005 en eveneens 81% in 2007. Het merendeel van de zorgcentralisten is van mening dat cliënten (eigenlijk wel) langer thuis kunnen blijven wonen dankzij videocommunicatie (67% in 2005, idem dito in 2007). Het merendeel van de zorgcentralisten (76%), en ook de thuiszorgmedewerkers (90%) die in 2007 ook zijn ondervraagd, hebben de indruk dat het gevoel van veiligheid van cliënten is toegenomen sinds de aansluiting op videocommunicatie. De effecten op de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van cliënten is, volgens zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers, minder duidelijk. Opvallend is dat zowel zorgcentralisten (69%)

als thuiszorgmedewerkers (90%) de emotionele ondersteuning (een luisterend oor) van cliënten door de thuiszorg veel positiever inschatten dan cliënten zelf. Deze verschillen waren in 2005 ook waarneembaar.

Met de veronderstelling dat cliënten, dankzij videocommunicatie professionele zorg minder nodig zullen hebben, is slechts een minderheid van de zorgcentralisten (43% in 2007 versus 29% in 2005) en van de thuiszorgmedewerkers (30%) het mee eens.

Zorgcentralisten rapporteren als belangrijk voordeel dat oogcontact via videocommunicatie met de cliënt mogelijk is, dat de situatie van de cliënt beter kan worden ingeschat dan alleen bij telefonisch contact en dat cliënten sneller gerustgesteld kunnen worden. Deze aspecten stonden in 2005 ook in de top 3 van voordelen voor zorgcentralisten. Als nadeel noemen zorgcentralisten dat ze zelf technische problemen ervaren, en dat de kwaliteit van het beeld ('blokkerig') en geluid ('vertraagd') niet altijd optimaal is.

Een verschil met de vorige monitorpeiling is dat de arbeidstevredenheid van zorgcentralisten beduidend is toegenomen: driekwart van de zorgcentralisten (84%) vindt dat hun werk gevarieerder en aantrekkelijker is geworden dankzij videocommunicatie, in 2005 was dat nog maar 10%. Aan de andere kant geeft een derde van de zorgcentralisten (33%) aan dat de werkdruk is toegenomen als gevolg van de combinatie van werkzaamheden bij de zorgcentrale en bijvoorbeeld de 'andere' telefoontjes die binnenkomen. Dit fenomeen is in 2005 ook al benoemd.

In 2007 is de vraag gesteld: 'Denkt u dat het werken als zorgcentralist nieuwe kansen biedt voor verzorgenden en verpleegkundigen die nu *niet* aan het werk zijn vanwege lichamelijke klachten, en wel graag aan het werk zouden willen'. De meerderheid, 81% van de zorgcentralisten en 90% van de thuiszorgmedewerkers, antwoordt positief op deze vraag. Met andere woorden: het werken als zorgcentralist biedt, volgens professionals, mogelijkheden om potentiële arbeidskrachten voor het werken in de thuiszorg aan te trekken en om mensen die langdurig dreigen uit te vallen vanwege lichamelijke klachten aan het werk te houden.

6 Ervaringen met telebegeleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van telebegeleiding van diabetes- en COPD-cliënten (tabel 6.1). Naast videocommunicatie kan telebegeleiding worden opgevat als een specifieke vorm van Zorg op afstand. We beschrijven de bevindingen over telebegeleiding (geleverd door ORG 4a en ORG8) apart.

ORG4a biedt telebegeleiding aan mensen in een vroeg stadium van diabetes (suikerziekte) en aan mensen met COPD (longziekte) ter ondersteuning van zelfmanagement en bevordering van een gezonde leefwijze. Cliënten vullen 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 daartoe aanleiding bestaat, dat wil zeggen als het softwareprogramma een 'rode vlag' aangeeft (duidt op mogelijk risico), neemt de verpleegkundige van de thuiszorgorganisatie telefonisch contact op met de cliënt.

Bij ORG8 wordt gewerkt met de Health Buddy, een apparaat waarmee (recentelijk) gediagnosticeerde cliënten met diabetes en COPD op afstand kunnen worden begeleid en gemonitord. De Health Buddy is een apparaat met een klein beeldscherm dat is aangesloten op de telefoon. Gedurende drie maanden krijgt de cliënt dagelijks via dit apparaat adviezen om de leefstijl aan te passen. Ook krijgt de cliënt via het apparaat vragen over hoe hij zich voelt. De Health Buddy werkt met 'rode vlaggen' (hoog risico), 'gele vlaggen' (gemiddeld risico) en 'groene vlaggen' (laag risico): bij een rode vlag wordt door de zorgaanbieder actie ondernomen. Als het nodig is neemt de huisarts of de praktijkondersteuner contact op met de cliënt; als de cliënt twijfelt, kan deze natuurlijk ook zelf bellen.

Bij deze vorm van Zorg op afstand is er, in tegenstelling tot videocommunicatie, geen sprake van beeldcontact tussen de cliënt en de zorgcentralist. Bovendien richt telebegeleiding zich op ondersteuning aan cliënten met een specifieke ziekte of aandoening, in dit geval diabetes en COPD, met als doel cliënten te ondersteunen in het leren omgaan met hun ziekte.

Omdat het in dit onderzoek om een gering aantal cliënten met telebegeleiding gaat (N=34), zijn de resultaten indicatief en beschrijvend van aard. Verder presenteren we alleen de gegevens uit de schriftelijke vragenlijst, voor zover die ook van toepassing zijn op telebegeleiding.

6.1 Deelnemers telebegeleiding

Cliënten

Alle cliënten, aan wie telebegeleiding wordt geboden, hebben, via de medewerkers van de betreffende thuiszorgorganisatie, een schriftelijke vragenlijst ontvangen. Van ORG4a zijn negentien van de 25 vragenlijsten ingevuld en retour ontvangen (respons 76%) en van ORG8 zijn vijftien van de 32 vragenlijsten ingevuld geretourneerd (respons 47%).

Zes op de tien cliënten met telebegeleiding die de vragenlijst hebben ingevuld, is vrouw (59%; tabel 6.1). De gemiddelde leeftijd is 62 jaar en bijna alle cliënten wonen samen met een partner (88%). De meeste cliënten hebben suikerziekte (73%) of een longziekte (35%), in overeenstemming met de doelgroep van cliënten voor telebegeleiding.

Tabel 6.1 Achtergrondgegevens onderzoeksgroep cliënten met telebegeleiding

	%	(N=34)
<i>Geslacht</i>		
Man	41%	(n=13)
Vrouw	59%	(n=19)
<i>Gemiddelde leeftijd (range)</i>	62 jaar (44-84)	(n=32)
<i>Woonsituatie</i>		
Alleenwonend	12%	(n=4)
Samenwonend	88%	(n=29)
<i>Soort woning</i>		
(Senioren)woning of appartement	18%	(n=6)
Gewone woning of appartement	82%	(n=27)
<i>Indicatie voor AWBZ-zorg</i>		
Wel indicatie	100%	(n=34)
<i>Gezondheidstoestand</i>		
Uitstekend/zeer goed/goed	47%	(n=15)
Matig	36%	(n=12)
Slecht	16%	(n=5)
<i>Ziekte of aandoening</i>		
Gewrichtsklachten	21%	(n=7)
Hart- en vaatziekten	23%	(n=8)
Gevolgen van een beroerte	3%	(n=1)

tabel 6.1 wordt vervolgd

<i>vervolg tabel 6.1</i>	%	(N=34)
<i>Ziekte of aandoening</i>		
Suikerziekte	73%	(n=24)
Longziekte/aandoening van de luchtwegen	35%	(n=16)
Reuma of chronische gewrichtsontsteking	12%	(n=4)
Ernstige of hardnekkige rugklachten	12%	(n=4)
Kanker	3%	(n=1)
Spierziekte	3%	(n=1)
Andere ziekte of aandoening (bacteriële infectie, hoge bloeddruk, psoriasis)	9%	(n=3)

In vergelijking met de cliënten die videocommunicatie ontvangen (zie tabel 2.2), kunnen we concluderen dat de deelnemende cliënten met telebegeleiding, gemiddeld jonger zijn (62 jaar versus 78 jaar), vaker samen wonen (88% versus 29%) en hun gezondheid relatief vaak als (zeer) goed ervaren (47% versus 35%).

Mantelzorgers

Mantelzorgers ofwel ‘de naaste’ van de cliënten die telebegeleiding ontvangen is, hebben via de cliënt, een vragenlijst ontvangen. In totaal zijn 21 van de 57 vragenlijsten van mantelzorgers retour ontvangen: een netto respons van 37%. Deze respons is redelijk te noemen, zeker als we bedenken dat niet alle cliënten een naaste heeft die hem/haar helpt.

Ongeveer de helft van de mantelzorgers van cliënten met telebegeleiding uit dit onderzoek is vrouw (48%; tabel 6.2). De gemiddelde leeftijd van de deelnemende mantelzorgers is 63 jaar en het gaat daarbij meestal om de partner van de cliënten met telebegeleiding (86%).

Tabel 6.2 Achtergrondgegevens onderzoeksgroep mantelzorgers van cliënten met telebegeleiding

	%	(N=21)
<i>Geslacht</i>		
Man	52%	(n=11)
Vrouw	48%	(n=10)
<i>Gemiddelde leeftijd (range)</i>	63 jaar (40-83)	
<i>Relatie tot zijn/haar naaste</i>		
Echtgeno(o)t(e)/partner	86%	(n=18)
(Schoon)zoon/(schoon)dochter	9%	(n=2)
Broer/zus	5%	(n=1)

tabel 6.2 wordt vervolgd

<i>vervolg tabel 6.2</i>	%	(N=21)
<i>Duur van de geboden hulp</i>		
Korter dan 3 maanden	11%	(n=2)
1 tot 3 jaar	28%	(n=5)
3 tot 5 jaar	17%	(n=3)
5 jaar of langer	44%	(n=8)
<i>Aard van de geboden hulp</i>		
Hulp bij bedienen van telebeleiding ('Mijn gezondheid', Health Buddy)	25%	(n=5)
Hulp bij klaarzetten en bereiden van eten en/of drinken	40%	(n=8)
Hulp bij eten en/of drinken	5%	(n=1)
Persoonlijke verzorging	10%	(n=2)
Huishoudelijke verzorging	55%	(n=11)
Hulp bij verplaatsen binnens- en of buitenshuis	25%	(n=5)
Hulp bij klaarzetten/innemen van medicijnen	5%	(n=1)
Hulp bij de wondverzorging/injecties	10%	(n=2)
Begeleiding bij huisarts-/ziekenhuisbezoek	45%	(n=9)
Hulp bij boodschappen doen	65%	(n=13)
Onderhoud/klussen in de woning of de tuin	70%	(n=14)
Hulp bij de administratie of financiën	35%	(n=7)
Emotionele ondersteuning	50%	(n=10)

Verpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers

Van ORG4a hebben zeven van de tien aangeschreven verpleegkundigen (respons 70%) en drie van de tien aangeschreven thuiszorgmedewerkers (respons 30%) een vragenlijst ingevuld. Voor de achtergrondkenmerken van de verpleegkundigen verwijzen we naar tabel 6.3; het aantal thuiszorgmedewerkers van ORG4a is te gering om over te rapporteren.

Bij ORG8 is geen enkele vragenlijst aan medewerkers verstuurd, omdat medewerkers van de thuiszorg geen aandeel in de telebegeleiding hebben: het contact met de cliënt loopt namelijk via de huisarts.

Tabel 6.3 Achtergrondgegevens onderzoeksgroep verpleegkundigen

	(%)	(N=7)
<i>Geslacht</i>		
Vrouw	100%	(n=7)
<i>Gemiddelde leeftijd (range)</i>	43 jaar (24-59)	(n=7)
<i>Opleiding</i>		
HBO-verpleegkundigen	57%	(n=4)
Diabetesverpleeg-/longverpleegkundige	43%	(n=3)
<i>Aantal uren</i>		
Gemiddeld aantal uren per week werkzaam als verpleegkundige telebegeleiding (range)	6 uur per week (1-21)	(n=4)

Managers

Van beide thuiszorgorganisaties is één manager benaderd die het meest te maken heeft met telebegeleiding. Allebei de aangeschreven managers van de deelnemende thuiszorgorganisaties hebben de schriftelijke vragenlijst ingevuld (100% respons).

6.2 Situatie op het moment van onderzoek

Bij beide projecten gaat het op de peildatum van dit onderzoek, zoals eerder aangegeven, in totaal om 57 cliënten: 25 cliënten van ORG4a en 32 cliënten van ORG8. Alle cliënten hebben een indicatie voor AWBZ-zorg.

Tabel 6.4 Aantal cliënten en doelgroepen telebegeleiding, volgens managers

Thuiszorgorganisatie	ORG4a	ORG8
<i>Aantal cliënten</i>		
Aantal cliënten in november 2007	25	32
Verwachting aantal cliënten in november 2008	250	250
<i>Doelgroepen</i>		
Mensen met een chronische somatische aandoening	ja	-
Mensen met diabetes	ja	ja
Mensen met COPD	ja	ja

Beide thuiszorgorganisaties verwachten in één jaar tijd te kunnen opschalen naar 250 cliënten; in totaal zou dan aan 500 cliënten telebegeleiding aangeboden worden (tabel 6.4).

6.3 Beoogde effecten

Beide managers, die schriftelijk zijn ondervraagd, beschouwen het verbeteren van de gezondheid van diabetes- en COPD-cliënten, door trainen en coachen in zelfmanagement, effectieve bewaking van medicijngebruik en efficiënte activering van cliënten als belangrijkste beoogd effect (tabel 6.5).

Tabel 6.5 Belangrijkste beoogde effecten van telebegeleiding, volgens managers (*meer antwoorden mogelijk*)

	%	(N=2)
Verbeteren van gezondheid door trainen en coachen in zelfmanagement	100%	(n=2)
Effectieve bewaking van medicijngebruik	100%	(n=2)
Efficiënte activering van cliënten	100%	(n=2)
Ouderen en mensen met een beperking ondersteunen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen	50%	(n=1)
Groter gevoel van veiligheid van cliënten	50%	(n=1)
Minder eenzaamheidsgevoelens bij cliënten	50%	(n=1)
Kosten verlagen door zorg aan huis te vervangen door zorg via beeldcontact	50%	(n=1)

6.4 Technologie

Thuiszorgorganisaties gebruiken het systeem voor telebegeleiding om te communiceren met hun cliënten, om vitale informatie te verkrijgen over de leefwijze van cliënten en om feedback aan cliënten te geven. Feedback omvat het geven van tips voor het gemakkelijker leren omgaan met de ziekte en stimuleren tot zelfzorg, bijvoorbeeld het doorgeven van de bloedsuiker van diabetescliënten of een waarschuwing bij het op tijd gebruiken van medicatie van een COPD-cliënt.

Tabel 6.6 Omschrijving van de systemen voor telebegeleiding

Organisatie	Omschrijving systeem
ORG4a	Onder de naam 'Mijn gezondheid', wordt een digitaal diabetesdagboek aangeboden voor cliënten klanten met een chronische beperking die aangewezen zijn op zorg. Dit is een softwareapplicatie die diabetescliënten ondersteuning biedt bij zelfmanagement van de ziekte.
ORG8	Biedt het Health Buddy systeem aan, een apparaat met een klein beeldscherm dat is aangesloten op de telefoon, een aantal vragen stelt aan de cliënt, om op eenvoudige wijze inzicht te krijgen in de symptomen en het gedragsrepertoire van de cliënt. Gedurende drie maanden krijgt de cliënt dagelijks via dit apparaat adviezen om de leefstijl aan te passen.

6.5 Samenwerking met andere partijen

Ook andere partijen, zoals technische bedrijven en andere zorginstellingen, kunnen van belang zijn bij het opzetten en het leveren van de technologie voor telebegeleiding (tabel 6.7). Voor het opzetten en leveren van een zorgarrangement met telebegeleiding ontvangen beide thuiszorgorganisaties ondersteuning van technische bedrijven. Voor de levering van zorg, diensten en producten werken thuiszorgorganisaties samen met andere zorgaanbieders.

Tabel 6.7 Samenwerking van thuiszorgorganisaties met andere partijen, op het gebied van telebegeleiding

Zorgarrangement met telebegeleiding	% (N=2)		% (N=2)	
	Opzetten		Levering	
Technische bedrijven (Sananet Care BV, softwareleveranciers, platform ondersteuning)	100%	(n=2)	100%	(n=2)
Andere zorgaanbieders (huisartsen, longartsen)	50%	(n=1)	100%	(n=2)
Subsidiënten (RVZZ)	50%	(n=1)	-	-
Kennisinstellingen (Fontys, ZonMw)	50%	(n=1)	-	-
Europese Unie	50%	(n=1)	-	-

6.6 Meningen en ervaringen van cliënten over telebegeleiding

Redenen voor deelname

De cliënten die een vragenlijst hebben ingevuld, hebben gemiddeld sinds één jaar telebegeleiding (variërend van één maand tot twee jaar).

De meerderheid van de cliënten (85%) geeft aan dat zij telebegeleiding ontvangen op advies van de wijkverpleegkundige, huisarts of longarts, als proef. Twee cliënten gaven aan dat zij dat zelf heel graag wilden.

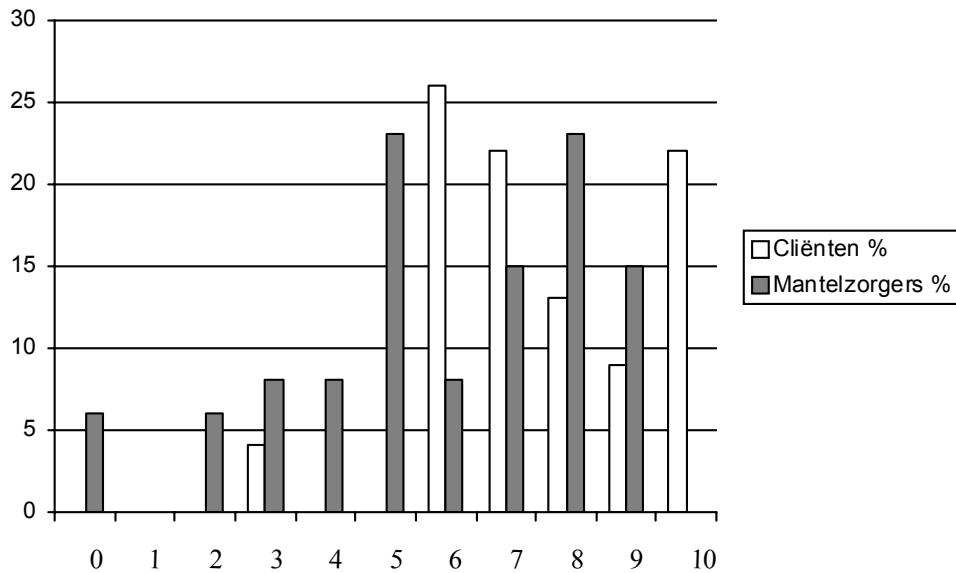
De meest genoemde reden voor cliënten om gebruik te maken van telebegeleiding is: ‘dat ik meer en betrouwbare informatie heb over mijn ziekte’(46%). Zes cliënten (18%) doen mee uit nieuwsgierigheid.

Bedieningsgemak volgens cliënten

De ervaringen van cliënten over het bedieningsgemak zijn inzichtelijk gemaakt door hen een aantal uitspraken voor te leggen. Cliënten kunnen over het algemeen goed overweg met de techniek voor telebegeleiding (74%). Vier op de tien cliënten (42%) zegt graag gebruik te maken van ‘Mijn gezondheid’ of de Health Buddy. Aan de cliënten en mantelzorgers is gevraagd een waarderingcijfer van 0 tot en met 10 te geven voor het gemak waarmee het systeem te bedienen is. Cliënten zijn over het algemeen positief: zij geven gemiddeld een 7,4 (figuur 6.1). Het oordeel van mantelzorgers over het bedieningsgemak is lager dan dat van cliënten: zij geven gemiddeld een 6,5. Opvallend is dat het oordeel van de cliënten zeer uiteenlopend is: de scores variëren van 3 ‘zeer

ontevreden' tot 10 'zeer tevreden'. Twee cliënten (9%) en vijf mantelzorgers (39%) geven een 'onvoldoende' voor het bedieningsgemak (cijfer 0-5).

Figuur 6.1 Waarderingcijfer over het bedieningsgemak van het systeem voor telebegeleiding



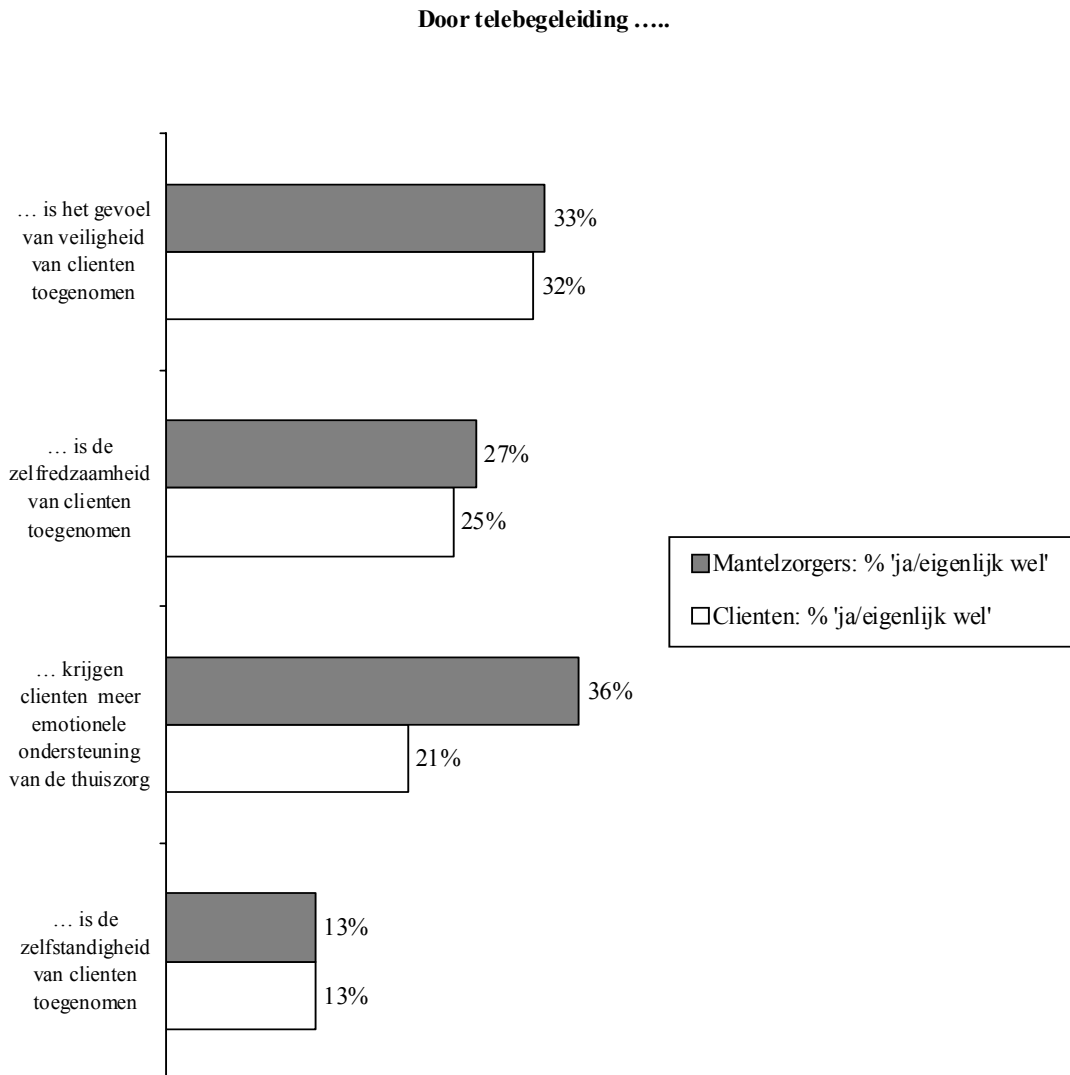
6.7 Ervaren veiligheid en zelfstandigheid

Telebegeleiding maakt direct en persoonlijk contact mogelijk tussen de cliënt thuis en zijn/haar zorgverleners, waardoor betere begeleiding mogelijk is. De verwachting bestaat dat tijdelijk gebruik van de Health Buddy ook op langere termijn een gunstige invloed heeft op de leefwijze van de cliënt. De cliënt krijgt meer grip op zijn ziekte en voelt zich veiliger. Eveneens wordt verwacht dat het aantal ziekenhuisopnames en de duur van de opname van diabetes- en COPD-clieënten zal dalen bij gebruik van telebegeleiding.

De stellingen in figuur 6.2 geven inzicht in de opvattingen van cliënten en mantelzorgers over effecten van telebegeleiding. De meningen van cliënten en mantelzorgers lopen niet veel uiteen, met uitzondering van de vraag naar emotionele ondersteuning van de thuiszorgorganisatie: mantelzorgers oordelen hier positiever over (36% versus 21% van de cliënten).

Een derde van de cliënten (32%) vindt dat telebegeleiding er toe heeft geleid dat zij zich veiliger voelen; 33% van de mantelzorgers is het hier mee eens. Een kwart van de cliënten (25%) is van mening zichzelf beter te kunnen redden in het dagelijkse leven maken (zelfredzamer) dankzij telebegeleiding; eveneens een kwart van de mantelzorgers (27%) is het hiermee eens. Cliënten en mantelzorgers signaleren nauwelijks een effect op de ervaren zelfstandigheid van cliënten (beiden 13%).

Figuur 6.2 Effecten van telebegeleiding voor cliënten, zoals ervaren door cliënten en mantelzorgers



In vergelijking met de effecten van videocommunicatie voor cliënten (zie hoofdstuk 4), lijken de effecten van telebegeleiding op alle gebieden - veiligheid, zelfredzaamheid, emotionele ondersteuning en zelfstandigheid - lager te scoren.

In de schriftelijke vragenlijst is door een aantal cliënten een opmerking gemaakt over de ervaren effecten van telebegeleiding. Zo zegt één cliënt *'nog te kort gebruik te maken van het systeem om de voordelen er van in te zien'*, en enkele andere cliënten geven aan zich wel aangemeld te hebben als proefpersoon, maar er eigenlijk geen gebruik van te maken. Positieve ervaringen van cliënten luiden: *'Door het informatieve contact ben je bewuster van een aantal zaken rondom diabetes. De kracht zit ook in de herhaling van de vragen'*.

6.8 Meningen en ervaringen van verpleegkundigen over telebegeleiding

De meningen en ervaringen van verpleegkundigen over telebegeleiding in deze paragraaf hebben alleen betrekking op ORG4c. Om die reden moeten de resultaten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. In tabel 6.8 is het oordeel van verpleegkundigen over de zorg- en dienstverlening via telebegeleiding af te lezen.

Tabel 6.8 Oordeel van verpleegkundigen over de zorg- en dienstverlening

% (N)	(N=7)		
	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t./weet niet</i>
Mijn expertise wordt voldoende benut in mijn zorg- en dienstverlening via telebegeleiding	71% (n=5)	29% (n=2)	0% (n=0)
De vragen, die via telebegeleiding worden gesteld, overstijgen vaak mijn expertise	0% (n=0)	100% (n=7)	0% (n=0)
Ik ben tevreden over de antwoorden die ik kan geven op vragen van cliënten via telebegeleiding	57% (n=4)	28% (n=2)	15% (n=1)
Ik weet goed wanneer ik de cliënten moet doorverwijzen naar een andere zorgverlener (bijvoorbeeld naar een andere thuiszorgmedewerker of een arts)	100% (n=7)	0% (n=0)	0% (n=0)

Tabel 6.9 is een weergave van de antwoorden van verpleegkundigen van over het gebruik van telebegeleiding.

Tabel 6.9 Oordeel van verpleegkundigen over het gebruik van telebegeleiding

% (N)	(N=7)		
	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee/ eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t./weet niet</i>
Cliënten zoeken nu eerder contact met de thuiszorg dan dat ze deden zonder telebegeleiding	67% (n=4)	29% (n=2)	0% (n=0)
Er wordt goed samengewerkt tussen de verpleegkundigen en de thuiszorgmedewerkers die bij de mensen thuis komen	0% (n=0)	14% (n=1)	86% (n=6)
Telebegeleiding vind ik een geweldige uitvinding	29% (n=2)	28% (n=2)	43% (n=3)

Het verlenen van zorg via telebegeleiding kan van invloed zijn op de arbeidssatisfactie van verpleegkundigen (tabel 6.10).

Tabel 6.10 Effecten van telebegeleiding op de werkbeleving van verpleegkundigen

% (N)	(N=7)		
	<i>ja / eigenlijk wel</i>	<i>nee / eigenlijk niet</i>	<i>n.v.t / weet niet</i>
Het werken als verpleegkundige telebegeleiding maakt mijn werk gevarieerder	14% (n=1)	43% (n=3)	43% (n=3)
Nieuwe ontwikkelingen, zoals telebegeleiding, maken mijn werk aantrekkelijk	16% (n=1)	43% (n=3)	43% (n=3)
De informatieoverdracht tussen de verpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers is goed geregeld	0% (n=0)	28% (n=2)	72% (n=5)
De werkdruk is groter geworden sinds telebegeleiding	71% (n=5)	14% (n=1)	15% (n=1)
Het werken als verpleegkundige telebegeleiding biedt nieuwe kansen voor verpleegkundigen die nu <i>niet</i> aan het werk zijn vanwege lichamelijke klachten, en wél graag aan het werk willen	43% (n=3)	14% (n=1)	43% (n=3)

Vijf van de zeven ondervraagde verpleegkundigen geven aan dat werkdruk groter is geworden sinds telebegeleiding (71%). Volgens drie van de zeven ondervraagde verpleegkundigen (43%) biedt telebegeleiding nieuwe kansen voor verpleegkundigen die nu *niet* aan het werk zijn vanwege lichamelijke klachten, en wél graag aan het werk willen.

6.9 Inkomsten en subsidies

Telebegeleiding

De ontwikkeling en de implementatie van telebegeleiding ('Mijn Gezondheid' en Health Buddy) brengt extra kosten met zich mee, zoals voor overleg met leveranciers van technische apparatuur, ontwikkelkosten en personele kosten.

De deelnemende thuiszorgorganisaties hebben, net zoals dat bij videocommunicatie het geval is, de mogelijkheid telebegeleiding op te zetten met behulp van financiële steun van bijvoorbeeld de NZa-Beleidsregel Regeling Zorginfrastructuur (per 1 januari 2006) of de Screen to screen regeling. Bij deze regelingen gelden dezelfde voorwaarden wat betreft

de doelgroep en de toepassing. In tabel 6.11 zijn de inkomsten en subsidies van de beide thuiszorgorganisaties die telebegeleiding aanbieden, inzichtelijk gemaakt, en moeten opnieuw worden gezien als een ‘beste schatting’ van de managers.

Tabel 6.11 Inkomsten vanaf de opzet van telebegeleiding, volgens managers

Inkomsten vanaf de opzet van telebegeleiding	ORG4a	ORG8
Regeling Zorginfrastructuur	€ 7.500	
Screen to screen regeling	€ 262.288	€ 20.000
Incidentele subsidie/bijdrage van zorgverzekeraar(s)	€ 325.000	
Incidentele gemeentelijke subsidie/bijdrage	-	
Incidentele provinciale subsidie/bijdrage	-	
Incidentele bijdrage van woningbouwcorporatie	-	
Incidentele bijdrage (Europese Unie)	€ 13.200	
Abonnementen van cliënten	-	-
Totale inkomsten	€ 607.988	€ 20.000

Net zoals dat bij videocommunicatie het geval was, zien we dat de totale inkomsten van deelnemende thuiszorgorganisaties die telebegeleiding aanbieden uiteenloopt tussen beide organisaties (‘Mijn Gezondheid versus Health Buddy’). Opnieuw gaat het om een ‘beste schatting’ van managers.

De managers van de thuiszorgorganisaties die telebegeleiding aanbieden hebben eveneens een grove inschatting gemaakt van enerzijds de totale inkomsten en opbrengsten en anderzijds de kosten van telebegeleiding. Beide managers laten weten dat er in 2007 sprake is van financieel verlies. Eén thuiszorginstelling verwacht in 2008 wel een sluitende begroting te hebben doordat in 2008 de geplande ‘uitrol’ plaatsvindt, zodat de gemaakte investeringen terug verdiend worden.

7 Beschouwing

7.1 Ontwikkeling van Zorg op afstand

De verwachtingen over Zorg op afstand waren en zijn nog steeds hoog gespannen. Zorg op afstand heeft, volgens de partijen die bij deze innovatie betrokken zijn, zoals ActiZ, NZa en de thuiszorgorganisaties zelf, een veelbelovende toekomst. Vanuit ActiZ worden de thuiszorgorganisaties die Zorg op afstand aanbieden, actief ondersteund en gemonitord. Al lerend van de opgedane ervaringen, worden ambitieuze verwachtingen over de aantallen cliënten met een aansluiting op een videonetwerk, bijgesteld en strategieën, om Zorg op afstand in de reguliere zorg te implementeren, aangepast. Specifiek gaat het bij transitie-experimenten, waarvan Zorg op afstand er één van is, om verdiepen (zo veel mogelijk leren van een experiment), verbreden (herhalen van een experiment in een andere context) en opschalen (beïnvloeden van de structuur, cultuur en werkwijze; ActiZ, 2007).

Een aantal thuiszorgorganisaties in Nederland is al enige jaren bezig om videocommunicatie in de zorg thuis in te zetten. Zorg op afstand is een innovatie die niet gemakkelijk van de grond komt en het aantal cliënten met een aansluiting op een videonetwerk neemt minder snel toe dan verwacht. Thuiszorgorganisaties hebben te maken met faillissement van technische bedrijven en moeten bereid zijn grote financiële risico's te nemen. De pioniers zijn in 2003 begonnen vanuit de volle overtuiging dat videocommunicatie hen zal helpen om in te spelen op een aantal uitdagingen en veranderingen, dat op de zorg voor mensen thuis afkomt. Zo is de verwachting dat, door de vergrijzing, de zorgvraag en de zorgbehoefte sterk zullen toenemen, terwijl het aantal verpleegkundigen en verzorgenden minder toeneemt en het voor zorgorganisaties steeds moeilijker wordt nieuw personeel aan te trekken. Andere ontwikkelingen zijn de toenemende behoefte aan zelfstandigheid van cliënten en vraagsturing. Gebruik van videocommunicatie zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de oplossing voor de genoemde uitdagingen: de verwachting is dat de arbeidsproductiviteit zal stijgen en de inzet van verpleegkundigen beter wordt benut, omdat de contacten met cliënten beter kunnen worden gespreid en verpleegkundigen de afspraken ook beter zelf kunnen inplannen.

In het najaar van 2007 bieden tien thuiszorgorganisaties videocommunicatie en telebegeleiding aan. Deze monitor heeft een gevarieerd beeld opgeleverd van de meningen en ervaringen met Zorg op afstand vanuit verschillende perspectieven, namelijk vanuit de kant van gebruikers (cliënten en mantelzorgers), professionals (zorgcentralisten en thuiszorgmedewerkers) en managers van thuiszorgorganisaties. Uit deze rapportage komt duidelijk naar voren dat de ervaringen met videocommunicatie en telebegeleiding positief zijn, zowel vanuit de cliënten en mantelzorgers als vanuit de verpleegkundigen en

managers. Het gevoel van zelfredzaamheid en veiligheid van cliënten neemt toe en zij hebben meer mogelijkheden tot sociaal contact. Soms betekent dat ook dat cliënten, zoals ze zelf ook aangeven, minder onzeker zijn en meer durven, bijvoorbeeld het zelf insuline spuiten bij telebegeleiding, wat weer een bezoek aan de diabetesverpleegkundige bespaart.

Videocommunicatie biedt verpleegkundigen nieuwe en meer mogelijkheden tot contact met cliënten, zij kunnen die contacten beter plannen en spreiden en de arbeidssatisfactie van zorgcentralisten is toegenomen. Ook betekent Zorg op afstand via videocommunicatie dat er andere zorg en begeleiding wordt geleverd, en op het moment dat de cliënt daar behoefte aan heeft. Deze verwachtingen en ervaringen maken dat instellingen doorzetten en enthousiast verder gaan met het inzetten van videocommunicatie en telebegeleiding in de zorg aan mensen thuis.

7.2 Implementatie

Al met al kunnen we concluderen dat er, vanuit de vernieuwing van de zorg, mogelijkheden zijn voor een inbreng vanuit de technologie. Maar om Zorg op afstand breed te implementeren en verspreiden is nog het een en ander nodig. Factoren die een rol spelen bij het implementeren en verspreiden van Zorg op afstand worden hieronder besproken. In navolging van in de literatuur gehanteerde indelingen van dergelijke factoren (Fleuren et al., 2006; Francke et al., 2008) bespreken we achtereenvolgens factoren die te maken hebben met het type verandering dat geïmplementeerd wordt (in dit geval Zorg op afstand), de gehanteerde implementatiestrategieën, de cliënten, de betrokken professionals en omgeving of context waarin de vernieuwing wordt geïmplementeerd. De gebruikte informatie is afkomstig uit deze monitorrapportage, de kwalitatieve monitorrapportages (Stevens, 2006; 2008) en de brainstormsessies met de leden van het netwerk Zorg op afstand.

Type verandering

Voor de implementatie van Zorg op afstand is in de eerste plaats commitment en vertrouwen van de bestuurders van thuiszorgorganisaties nodig. Op het moment dat Zorg op afstand onderdeel uitmaakt van de visie op zorg, kunnen de strategieën en de faciliteiten die nodig zijn voor het verder ontwikkelen van Zorg op afstand binnen de thuiszorgorganisatie, worden bepaald.

Een andere noodzakelijke voorwaarde voor Zorg op afstand is de techniek. Zorgaanbieders hebben te maken met technische bedrijven: deze gaan failliet of de kwaliteit van het beeld en/of geluid via het videonetwerk laat te wensen over. Zo lang de techniek niet betrouwbaar is, belemmert dit de voortgang om tot opschaling over te gaan. Een ander lastig probleem waar zorgaanbieders mee te maken hebben is de vertaalslag van de techniek naar de specifieke eisen die de zorg aan de techniek stelt. Technische bedrijven hebben de neiging 'gouden bergen' te beloven en vanuit commercieel oogpunt, techniek aan te bieden waar, vanuit de zorg bekeken, niet direct behoefte aan is. En waar cliënten wel behoefte aan hebben, namelijk integratie van personenalarmering en videocommunicatie, kan momenteel nog vaak niet.

Managers geven aan dat er weinig mogelijkheden zijn om snel nieuwe aansluitingen te realiseren, omdat deze (vaak oudere) cliënten geen internetverbinding hebben. Hierdoor kunnen cliënten die kortdurende zorg nodig hebben, bijvoorbeeld bij herstel na ziekenhuisopname, niet snel aangesloten worden op het systeem.

Om tegemoet te komen aan de wensen van (potentiële) cliënten, bijvoorbeeld de behoefte aan comfortdiensten (boodschappendienst) via het systeem voor videocommunicatie, is samenwerking met andere partijen, zoals gemeenten, woningbouwverenigingen en welzijnsinstellingen, nodig, en dat kost tijd, geld en energie. Bovendien zijn andere, externe partijen niet altijd geïnteresseerd.

Implementatiestrategie

De inzet van videocommunicatie en telebegeleiding levert een nieuw zorgproces op, met veranderende rollen en verantwoordelijkheden, waar zorgverleners en management nog sterk aan moeten wennen. De integratie van Zorg op afstand in de organisatie en het zorgproces kost veel tijd en denkwerk, en het steeds opnieuw maken van keuzes. Daarbij komt dat de aandacht van het management van thuiszorgorganisaties voor invoering van videocommunicatie en telebegeleiding afgeleid worden door andere veranderingen in de zorg, zoals de invoering van de Wmo en de zorgzwaartepakketten.

Het is van belang verpleegkundigen en verzorgenden bij de implementatie zorgvuldig te blijven begeleiden en te scholen in het eigen maken van nieuwe vaardigheden, te zorgen voor ondersteuning bij de techniek, te volgen wat er verandert in de zorgprocessen en daarop bij te sturen. Ook kunnen verpleegkundigen worden gestimuleerd mee te denken in de ontwikkeling van Zorg op afstand binnen de organisatie bijvoorbeeld in de vorm van een panel.

Voor de communicatie naar cliënten en naar de ketens (huisartsen, specialisten) is het belangrijk, bijvoorbeeld aan de hand van een productencatalogus, te laten zien wat Zorg op afstand inhoudt. Er is, op initiatief van ActiZ, een handreiking gemaakt voor zorgorganisaties bij het ontwikkelen en aanbieden van producten die gebaseerd zijn op nieuwe communicatietechnologieën (Nouws, 2008) en een technische richtlijn voor zorgorganisaties bij het invoeren van Zorg op afstand (Van Fulpen, 2008). Tevens wordt een toolkit ontwikkeld over Zorg op afstand, om in de nabije toekomst te gebruiken in de opleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden.

Cliënt

De mogelijkheden van videocommunicatie of telebegeleiding zijn nog onvoldoende bekend, zowel bij cliënten en mantelzorgers. Veel cliënten, vaak ouderen, zijn niet vertrouwd met deze vorm van toepassing van techniek, weten niet wat ze van videocommunicatie of telebegeleiding op afstand kunnen verwachten en vrezen dat deze manier van zorg een vervanging is van de fysieke zorg, dat wil zeggen dat er geen medewerker van de thuiszorg meer bij de cliënt aan huis komt.

Voor thuiszorgorganisaties is het moeilijk om de wensen en behoeften van cliënten te peilen, mede omdat veel cliënten geen duidelijke verwachtingen hebben van de mogelijkheden van videocommunicatie of telebegeleiding. Tot nu toe was onvoldoende duidelijk voor welke categorieën cliënten videocommunicatie een meerwaarde heeft. Deze monitorrapportage en het onderzoek naar Koala telecare en telecure (Boonstra et al., 2008), waar Zorg op afstand op grote schaal is uitgetoet, hebben meer zicht geleverd

op de doelgroepen (care en cure) en de toepassingen van Zorg op afstand. Voor de communicatie naar cliënten toe is het van belang duidelijk te maken wat Zorg op afstand als product inhoudt, welke mogelijkheden er zijn en wat de meerwaarde is voor de cliënt. Zorg op afstand kan dan, naast een aantal andere bouwstenen, onderdeel uitmaken van een zorgplan.

Professional

Bij verpleegkundigen en verzorgenden leven soms negatieve beelden over de toepassing van techniek in de zorg: het zou bijvoorbeeld een verschraling van de zorg zijn en te moeilijk voor oudere cliënten. In de praktijk, zo tonen de resultaten van deze monitor, blijken de meeste ouderen goed in staat om te gaan met techniek, en schatten zorgcentralisten de vaardigheden van cliënten vaak negatiever in dan cliënten zelf. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn vaak moeilijk te motiveren voor Zorg op afstand omdat zij in eerste instantie de meerwaarde van videocommunicatie in de uitvoering van hun beroep niet zien. Volgens de managers van de deelnemende thuiszorgorganisaties is er een cultuuromslag nodig. Thuiszorgorganisaties beginnen met enthousiaste, gemotiveerde mensen die als ambassadeur fungeren, in de hoop dat de andere medewerkers langzaam aan overtuigd raken van de meerwaarde van Zorg op afstand. Positieve ervaringen van thuiszorgmedewerkers met de mogelijkheden van videocommunicatie, bijvoorbeeld monitoring van cliënten, dragen hiertoe bij.

Omgeving

Zorg op afstand maakt geen onderdeel uit van de huidige bekostigingssystematiek. Om die reden is de Screen to screen regeling voor cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg, die gebruik maken van videocommunicatie, tot stand gekomen. Deze bekostigingsregel is een positieve prikkel voor thuiszorgorganisaties om Zorg op afstand binnen hun organisatie te ontwikkelen. Van de andere kant hebben organisaties te maken met een zogenaamd productieplafond (afspraken met zorgkantoor over de te leveren uren zorg) en een aantal organisaties loopt hier bij de opschaling van Zorg op afstand tegen aan.

De schotten tussen de AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), en de bijbehorende verantwoordelijkheden, namelijk overheid voor de AWBZ en gemeenten voor de Wmo, maakt het er voor thuiszorgorganisaties niet gemakkelijker op om voor dekkende financiering van Zorg op afstand te komen. De bekostiging van arrangementen met videocommunicatie, voor mensen die nog geen zorg nodig hebben, maar in de nabije toekomst wel, vormt dus een probleem.

De praktijk leert dat niet alleen cliënten met een AWBZ indicatie voor 'verpleging' en/of 'persoonlijke verzorging' gebruik maken van videocommunicatie, ook cliënten zonder zorgindicatie maken hier gebruik van. Vervolgonderzoek (in voorbereiding) waarbij vergelijkingen worden gemaakt met een referentiegroep van cliënten met een AWBZ-indicatie die geen videocommunicatie gebruikt, moet meer inzicht geven in de effecten op zorggebruik en de daarbij behorende kosten.

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.
- Arnaert A., Delesie L. Tele-nursing in de ouderenzorg. Videotelefonische zorg: een exploratieve studie. *Acta Hospitalia* 2001, 4:35-50.
- Beenkens, F.H.C., *Telemedicine, Zorg op afstand?* Afstudeerscriptie. Delft: NITEL/TU Delft: 2004.
- 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.
- Boeije, H. *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2005.
- 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.
- Delahajj, R. *Dossier empowerment*. Empowerment methoden bij allochtone jongeren. FORUM. Utrecht: Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling, 2004.
- Fleuren, M.A.H., Wiefferink C.H., Paulussen T.G W.M. Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, nr. 3: 2006, pp. 160-167.

- Fulpen, A. van. *www.Herrie.nu, werkplaats Zorg op afstand*, 2008.
- Francke, A.L., Smit, M.C., De Veer, A.J.E, Mistiaen, P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a meta-review. *BMC Informatics and Decision Making*, 2008, 8:38.
- Goris, A, Mutsaers, H. *Ruimte voor arbeidsbesparende technologie om in 2025 voldoende zorg te bieden*, Leiden: STG/Health Management Forum, 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.
- Luijkx, L. *Leefstijl en woon- welzijns- en zorgwensen van ouderen*. Tilburg: IVA, 2006.
- 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.
- Marel, A, Breken domotica en telematica door in ouderenbeleid? *Ouderenzorg*, 01-2002. pp. 20-23.
- 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.
- NIZW, *Handreiking domotica, personenalarmering en ICT voor ouderen*, Utrecht: NIZW, 2005.
- Nouws, H. *Monitoring Toekomst Thuis*. Leerervaringen halverwege de projecten, Tweede tussenrapport. Utrecht: De Vijfde Dimensie, 2007.
- Nouws, H. *Klant in Beeld*. Handreiking cliëntprofielen en aanbodsarrangementen bij Zorg op afstand en beeldcommunicatie. Utrecht: De Vijfde Dimensie, 2008.
- Nouws, H. *Monitoring Toekomst Thuis*. Op weg naar implementatie. Derde tussenrapport. Utrecht: De Vijfde Dimensie, 2008.

- Peeters, J.M, Bos, J.T., Francke, A.L. *Monitor Videonetwerken*, Peiling najaar 2006 tussentijds verslag. Utrecht: NIVEL, 2007.
- 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.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. *Volksgezondheid en zorg*. Zoetermeer: RvZ, 2001.
- 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. (programmacoördinator). *Kwalitatieve monitor Videonetwerken voor zorg-thuis. Beweegredenen, processen en ervaringen*, Utrecht: ActiZ, 2005.
- Stevens P. (programmacoördinator). *Kwalitatieve monitorrapportage over voortgang, versnelling en opschaling*, Utrecht: ActiZ, 2006.
- Stevens P. (programmacoördinator). *Kwalitatieve monitorrapportage Zorg op afstand*, Utrecht: ActiZ, 2008.
- 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.
- Vollenga, I., Duijnste, M., Tielen, L., Keesom, J. (red.). *Mantelzorg van morgen*. Een verkenning van toekomstbeelden. Utrecht: NIZW, 2001.
- Thie, J., *Schermerzorg. 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*. Fontys Hogescholen: Tilburg, 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, Reden 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.

Bijlage 1: Vragenlijst Zorg op afstand

□□-□□□□



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 272 97 00

Zorg op afstand

Vragenlijst voor cliënten met een videonetwerk

Najaar 2007

Toelichting bij de vragenlijst

Waar gaat deze vragenlijst over?

Deze vragenlijst gaat over **uw ervaringen** met het videonetwerk van de thuiszorg, ook wel ‘beeldbellen’ genoemd (bijvoorbeeld VieDome, TVfoon, ZorgTV of andere systemen). Hiermee kunt u via een beeldscherm met een medewerker van de zorgcentrale praten en kunt u deze medewerker ook werkelijk zien. Uw thuiszorgorganisatie en beleidsmakers zijn erg benieuwd naar de ervaringen met deze vorm van zorg. Het NIVEL is gevraagd om dit te onderzoeken.

Wie vult de vragenlijst in?

De persoon die een **aansluiting** heeft op het videonetwerk vult deze vragenlijst in. Als uw partner óók **gebruik maakt** van het videonetwerk, dan vult hij/zij zelf een eigen vragenlijst in.

Invullen van de vragenlijst

Bij de vragen gaat het dus om **uw ervaringen** en **uw mening**. Er zijn géén goede of slechte antwoorden. Bij de meeste vragen kunt u één hokje aankruisen, bij enkele vragen zijn meer antwoorden mogelijk. Sommige vragen lijken op elkaar. Toch is het voor het onderzoek erg belangrijk dat u de vragenlijst **zo volledig mogelijk** invult. Wel kunt u soms een vraag overslaan, als deze vraag niet op u van toepassing is (dit staat dan duidelijk aangegeven). Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer **20 minuten**. U kunt uw zoon of dochter, een ander familielid, bekende of een medewerker van de thuiszorg vragen om u hierbij te helpen.

Opsturen of inleveren van de vragenlijst

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

Als u zorg aan huis krijgt van de thuiszorg, kunt u de vragenlijst ook aan de medewerker van de thuiszorg meegeven. Deze medewerker stuurt de vragenlijst dan per post naar het NIVEL, in de bijgevoegde antwoordenvelop.

Vragenlijst voor uw naaste (mantelzorger)

We zijn ook erg benieuwd naar de mening en ervaringen van **de persoon die u het meeste helpt**, bijvoorbeeld uw partner, zoon of dochter, ander familielid of bekende. We willen zowel naasten ondervragen die zelf een aansluiting op het videonetwerk hebben, maar ook naasten die géén aansluiting hebben. Zij krijgen een aparte vragenlijst (deze is bijgevoegd). **Wilt u uw naaste vragen om deze vragenlijst in te vullen en terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvelop?**

Anonimiteit

Uw antwoorden op deze vragenlijst worden **vertrouwelijk** behandeld en anoniem verwerkt. De thuiszorginstelling krijgt uw antwoorden niet te zien.

Wat gebeurt er met de resultaten?

De uitkomsten van het onderzoek zullen door uw thuiszorginstelling worden gebruikt om de dienstverlening via het videonetwerk verder te verbeteren. Uw mening telt dus!

Contact

Heeft u vragen of opmerkingen? Neem gerust contact op met het NIVEL: Mw. dr. José Peeters 030- 272 96 28 of e-mail: j.peeters@nivel.nl.

Achtergrondgegevens van u zelf

Om te beginnen vragen wij u een aantal gegevens over u zelf in te vullen. Het is voor het onderzoek érg belangrijk dat u deze vragen volledig invult.

Als u zorg bij u aan huis krijgt, zijn enkele gegevens waarschijnlijk al ingevuld door de medewerker van de thuiszorginstelling. Zou u in dat geval willen controleren of de gegevens kloppen?

1. Bent u man of vrouw?
 Man
 Vrouw
2. Wat is uw geboortedatum?
..... / / (dag/maand/jaar)
3. Wat is uw woonsituatie?
 Ik woon alleen
 Ik woon samen met één of meer personen
4. In wat voor soort woning woont u?
 Seniorenwoning
 Gewone woning of appartement
 Verzorgingsflat/aanleunwoning
 Woonzorgcomplex
 Verzorgingshuis/verpleeghuis
 Anders, namelijk
5. Hoe lang heeft u een aansluiting op het videonetwerk (VieDome, TVfoon, ZorgTV of een ander systeem)?
..... jaar en maanden
6. Heeft u een **indicatie** voor **thuiszorg** of andere vormen van zorg (van het CIZ of van de gemeente)?
 Nee ➔ *ga verder met vraag 8*
 Ja
7. Zo ja, voor welk soort **thuiszorg** of andere vormen van zorg bent u **geïndiceerd**?
Op het indicatiebesluit van het CIZ of de gemeente staat vermeld voor welk soort zorg u een indicatie heeft. (meer antwoorden mogelijk)
 Huishoudelijke verzorging (bijv. hulp bij het huishouden)
 Persoonlijke verzorging (bijv. hulp bij wassen, aankleden)
 Verpleging (bijv. verzorging van wonden, injecties)
 Ondersteunende begeleiding (bijv. hulp bij het organiseren van praktische zaken)
 Activerende begeleiding (bijv. gesprekken over het leren omgaan met uw ziekte)
 Behandeling (bijv. bij herstel van een operatie of aandoening)
 Verblijf (bijv. verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis, tijdelijk of langdurig) Anders, namelijk

8. Hoe zou u, over het algemeen, uw gezondheid noemen?
- Uitstekend
 - Zeer goed
 - Goed
 - Matig
 - Slecht
9. Heeft u één of meer van de onderstaande chronische ziekte(n), aandoening(en) of beperking(en)? *(meer antwoorden mogelijk)*
- Gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën
 - Hart-/vaatziekten (bijvoorbeeld hartinfarct, hartfalen, vernauwde vaten)
 - Gevolgen van een beroerte (CVA), hersenbloeding of herseninfarct
 - Suikerziekte (diabetes mellitus)
 - Longziekte/aandoening van de luchtwegen (astma, bronchitis, emfyseem)
 - Reuma of chronische gewrichtsontsteking(en)
 - Ernstige of hardnekkige rugklachten (bijvoorbeeld hernia)
 - Kanker (kwaadaardige aandoening)
 - Ziekten van het zenuwstelsel (bijvoorbeeld MS, ziekte van Parkinson)
 - Spierziekte (bijvoorbeeld spierdystrofie, ziekte van Huntington)
 - Ernstige geheugenproblemen of dementie
 - Andere ziekte(n) of aandoening(en), namelijk
- Ik heb géén chronische ziekte of aandoening
10. Hoe vaak komt u buitenshuis?
- Regelmatig
 - Soms
 - (Bijna) nooit

Redenen voor deelname aan het videonetwerk

11. Heeft u zelf **gekozen** voor de aansluiting op het videonetwerk (VieDome, TVfoon, ZorgTV of een ander systeem) of drong uw familie of de thuiszorg er op aan?
- Ik wilde zelf heel graag een aansluiting op het videonetwerk
 - Mijn familie (partner, zoon of dochter) drong er op aan
 - De medewerker van de thuiszorg drong er op aan
 - Op advies van de wijkverpleegkundige of de huisarts
 - Anders, namelijk
12. Wat waren voor u de **overwegingen** of **redenen** om een aansluiting op het videonetwerk te nemen? (*meer antwoorden mogelijk*)
- Sociaal contact ('n praatje) met medewerkers van de zorgcentrale
 - Voor de veiligheid, het geeft me een veilig gevoel
 - Voor de zekerheid (als er iets gebeurt, kan ik contact opnemen met de zorgcentrale)
 - Vervanging van zorg aan huis door zorg via videonetwerk
 - Dat ik zelfstandiger kan functioneren
 - Dat ik langer thuis, in mijn eigen omgeving, kan blijven wonen
 - Dat de kinderen, partner of andere familieleden minder belast worden
 - Dat contact met kinderen en andere familieleden via het videonetwerk mogelijk is
 - Dat ik meer en betrouwbare informatie heb over mijn ziekte
 - Mijn familie (partner, zoon of dochter) drong er op aan
 - De medewerker van de thuiszorg drong er op aan
 - Op advies van de wijkverpleegkundige of de huisarts
 - Uit nieuwsgierigheid
 - Het is (nu nog) gratis
 - Andere reden, namelijk
 - Andere reden, namelijk
 - Andere reden, namelijk

Gebruik van zorg en diensten via het videonetwerk

De volgende vragen gaan over de contacten met de zorgcentrale via het videonetwerk.

Het kan zijn dat sommige vragen voor u niet van toepassing zijn, omdat er in Nederland met verschillende systemen wordt gewerkt. Dit kunt u dan bij de betreffende vraag aangeven.

13. **Hoe vaak** heeft u in de **afgelopen week contact** gehad **via het videonetwerk** met de medewerker van de zorgcentrale?
- Ik heb géén contact gehad in de afgelopen week
 - 1 à 2 keer in de afgelopen week
 - 3 à 4 keer in de afgelopen week
 - 5, 6 of 7 keer in de afgelopen week
 - 8 keer of meer in de afgelopen week
 - Anders, namelijk
14. Neemt u dan **zelf contact** op via het videonetwerk met de zorgcentrale, of doet de medewerker van de zorgcentrale dat?
- Ik neem altijd zelf contact op
 - Ik neem meestal zelf contact op
 - Ik neem zelf ongeveer even vaak contact op als de medewerker van de zorgcentrale
 - De zorgcentrale van de thuiszorg neemt meestal contact op
 - De zorgcentrale van de thuiszorg neemt altijd contact op
 - Anders, namelijk
15. Met hoeveel **verschillende medewerkers** van de zorgcentrale heeft u **via het videonetwerk** de afgelopen week contact gehad?
.....(aantal verschillende medewerkers)

Zorg op afstand via videonetwerken is nog volop in ontwikkeling en het aanbod van zorg- en diensten is zeer divers. Omdat niet iedere thuiszorginstelling hetzelfde pakket aanbiedt, kan het vóórkomen dat sommige zorg- en dienstverlening voor u niet van toepassing is. Zou u dat dan in de volgende vraag willen aangeven? Met n.v.t. bedoelen we dan: 'wordt niet geleverd'.

16. Graag bij de volgende vraag omcirkelen van welke **zorg of diensten** u via het videonetwerk **gebruik** maakt. (meer antwoorden mogelijk)
Zou u, als u gebruik maakt van deze diensten, ook willen aangeven wat u van deze **zorg of diensten vindt**?

		<i>Wat vindt u van deze zorg of diensten?</i>		
	<i>Gebruik</i> <i>Indien</i> <i>ja: ⇨</i>	<i>Goed</i>	<i>Matig</i>	<i>Slecht</i>
Gebruik zorg of diensten				
Veiligheidsdiensten				
a. Zorg of begeleiding van de medewerker van de zorgcentrale via videonetwerk, <i>wanneer ik daar behoefte aan heb</i>	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Zorg of begeleiding van de medewerker van de zorgcentrale via videonetwerk <i>op afgesproken momenten</i>	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <i>Op vaste momenten, kort contact met de medewerker van de zorgcentrale via videonetwerk, om te horen hoe het met mij gaat (bijv. 'goedemorgen/goedenavond service')</i>	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communicatiediensten				
d. Contact met familie of kind(eren) via het videonetwerk	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Contact met lotgenoten via het videonetwerk	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Contact met buurtgenoten via het videonetwerk	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Contact met welzijnsorganisaties of ouderenadviseur via het videonetwerk	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgdiensten				
h. 24-uurs zorg in noodgevallen	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Draadloze halszender voor alarmering	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Trekschakelaar voor alarmering in bad- en/of slaapkamer	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Personenalarmering	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beveiligingsdiensten				
l. Brandalarmering (rookmelder)	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Inbraaksignalering/bewaking bij afwezigheid	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Deurontgrendeling vanuit centrale	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Deurontgrendeling met afstandbediening	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Cameratoezicht op één of meer plekken in huis	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Automatische verlichting (badkamer, toilet)	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informatiediensten					
r.	Activiteitencentrum/wijkcentrum	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s.	Lokaal loket service	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comfortdiensten					
t.	Mankementservice (klussendienst)	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u.	Boodschappendienst	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v.	Anders, namelijk	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w.	Anders, namelijk	ja/nee/n.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Welk **cijfer** van 0 tot en met 10 zou u geven voor de **zorg en diensten** die aangeboden worden via het videonetwerk?

*Zeer slechte zorg
en diensten*

*Zeer goede zorg
en diensten*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uw ervaringen met het videonetwerk

Bij sommige systemen in Nederland wordt niet met een zorgcentrale gewerkt, maar verloopt het contact via het videonetwerk met een wijkverpleegkundige. In de volgende vragen bedoelen we met 'medewerker zorgcentrale' degene met wie u contact heeft via het videonetwerk.

18. Wilt u aangeven of u het eens bent met de volgende stellingen over het **gemak** waarmee het videonetwerk te **gebruiken** is?

	<i>ja</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>nee</i>	<i>n.v.t./ weet niet</i>
a. Ik kan goed overweg met de techniek van het videonetwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik kan via het videonetwerk op een eenvoudige manier contact tot stand brengen met de zorgcentrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik kan de medewerker van de zorgcentrale duidelijk in beeld zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik kan de medewerker van de zorgcentrale duidelijk verstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik maak graag gebruik van het videonetwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik vind het gebruik van het videonetwerk lastig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven voor het **gemak** waarmee u het videonetwerk kunt **bedienen**?

*Ze
er
moeilijk
te
bedienen*

*Ze
er
makkelijk
te
bedienen*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Kunt u bij de volgende uitspraken, die gaan over **uw ervaringen en mening** over het videonetwerk, aangeven of u het daarmee eens bent?

	<i>ja</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>nee</i>	<i>n.v.t./ weet niet</i>
a. Ik ben tevreden over de snelheid waarmee ik word geholpen als ik contact opneem met de zorgcentrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Er wordt goed samengewerkt tussen de zorgcentrale en de thuiszorgmedewerkers die bij mij aan huis komen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik kan net zo gemakkelijk met een medewerker via het videonetwerk praten als met een medewerker die aan huis komt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik ben tevreden over de antwoorden die de medewerker van de zorgcentrale geeft wanneer ik een vraag heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik zoek nu eerder contact met de thuiszorg dan dat ik deed zonder videonetwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik vind het fijn om oogcontact te hebben via het videonetwerk met de medewerker van de zorgcentrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ik vind het prima dat de medewerker van de zorgcentrale in mijn kamer kan kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Het is handig dat ik de medewerker van de zorgcentrale dingen kan laten zien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ik gebruik het videonetwerk vooral voor sociaal contact ('n praatje) met de medewerkers van de zorgcentrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Effecten van het videonetwerk voor u zelf

21. Wij willen ook graag weten welke effecten het gebruik van het videonetwerk voor u heeft of heeft gehad.

Kunt u bij de volgende uitspraken, die gaan over de **effecten** van het videonetwerk op cliënten, aangeven of u het daarmee eens bent?

Door de aansluiting op het videonetwerk:	<i>ja</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>nee</i>	<i>n.v.t./weet niet</i>
a. is mijn gevoel van veiligheid toegenomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. is mijn zelfredzaamheid toegenomen (ik kan me beter redden in het dagelijkse leven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. krijg ik meer emotionele ondersteuning van de thuiszorg (een gesprekspartner/een luisterend oor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. is mijn zelfstandigheid toegenomen (ik kan beter zelfstandig wonen en beter zelf keuzes maken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. We leggen u opnieuw een lijst met stellingen voor over het gebruik van het videonetwerk en de (mogelijke) **voordelen** hier van. Kunt u steeds aangeven of u het ermee eens bent?

	<i>ja</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>nee</i>	<i>n.v.t./ weet niet</i>
a. Ik kan langer thuis blijven wonen dankzij het videonetwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Door het videonetwerk heb ik professionele hulpverleners (thuiszorgmedewerkers, huisarts e.d.) minder nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Door het videonetwerk heb ik hulp van familie en anderen minder nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Het contact via het beeldscherm van het videonetwerk heeft een belangrijke meerwaarde in vergelijking met telefonisch contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Door het videonetwerk is de bereikbaarheid van de thuiszorg sterk verbeterd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik maak liever gebruik van het videonetwerk dan dat er een medewerker bij mij thuis komt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Het videonetwerk vind ik een geweldige uitvinding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ik voel mij minder eenzaam dankzij het videonetwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Mijn leven is aangenamer nu ik gebruik kan maken van het videonetwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ik heb meer contacten met anderen (zorgorganisaties, familie, medegebruikers) dankzij het videonetwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mogelijke verbetering van het videonetwerk

23. Heeft u **suggesties** ter verbetering van de **techniek of de bediening** van het videonetwerk?
- Nee, ik heb geen suggesties, want de techniek of bediening van het videonetwerk werkt goed
 - Nee, ik heb geen suggesties, ondanks het feit dat de techniek of bediening van het videonetwerk niet (altijd) goed werkt
 - Ja, ik heb de volgende suggesties voor verbetering van de techniek of bediening:
.....
.....
24. Heeft u **suggesties** ter verbetering van de **zorg- en dienstverlening** via het videonetwerk?
- 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 zou graag de volgende zorg en diensten willen ontvangen:
.....
.....
25. Wilt u het videonetwerk in de toekomst graag houden?
- Ja
 - Eigenlijk wel
 - Eigenlijk niet
 - Nee
 - Weet ik niet
26. Betaalt u momenteel voor het videonetwerk, exclusief de kosten voor ADSL? Zo ja hoeveel?
- Ja, ik betaal nu €..... per maand
 - Nee, ik betaal nu niet voor het videonetwerk
27. Als u in de toekomst (meer) zou moeten **betalen** voor de kosten van het videonetwerk, zou u dat dan doen? Zo ja, hoeveel zou u dan willen betalen?
- Ja zeker, en ik heb er maximaal €..... per maand voor over
 - Ja, ik denk van wel, en ik heb er maximaal €..... per maand voor over
 - Nee, ik denk van niet
 - Nee, zeker niet

Tot slot

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

.....
.....

29. Wij zouden tot slot nog graag met enkele cliënten een gesprek willen voeren, waarin we dieper ingaan op hun ervaringen met het videonetwerk.

Zou u hier eventueel aan mee willen werken?

- Ja, ik wil wel meedoen, en mijn telefoonnummer is
- Nee, ik wil (liever) niet meedoen

*U bent nu klaar met het invullen van de vragenlijst.
U kunt deze terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp.
Als u zorg aan huis ontvangt, kun u deze vragenlijst ook afgeven aan de medewerker van de
thuiszorg.*

Dank u wel voor uw medewerking!