



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Zorg-op-afstand: altijd aanwezig en juist dichtbij

Grin, J.; van Twillert, H.M.C.; Stevens, P.

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Grin, J., ter Haar-van Twillert, E., & Stevens, P. (2008). *Zorg-op-afstand: altijd aanwezig en juist dichtbij*. (Kwalitatieve rapportage 2008 van de monitor zorg-op-afstand.; No. 08.016.). Utrecht: ActiZ: programma Zorg op afstand, dichterbij.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Kwalitatieve rapportage 2008 van de monitor zorg-op-afstand

Zorg-op-afstand: altijd aanwezig en juist dichtbij



John Grin, Erica ter Haar-van Twillert & Peter Stevens

Oktober 2008

Universiteit van Amsterdam

ActiZ, programma Zorg op afstand, dichterbij

Publicatienummer 08.016

Over de auteurs

Prof. dr. John Grin studeerde natuurkunde en is hoogleraar beleidswetenschap, in het bijzonder systeeminnovaties, aan de Afdeling Politicologie. Hij is mede-oprichter en -directeur van het Kennisnetwerk Systeeminnovaties (www.ksinetwork.nl) en wetenschappelijk directeur van de Amsterdam School for Social science Research (www.assr.nl). In zijn onderzoek richt hij zich in het bijzonder op landbouw, waterbeheer en gezondheidszorg.

Contact: j.grin@uva.nl (<http://home.medewerker.uva.nl/j.grin/>)

Drs. Erica ter Haar-van Twillert studeerde politicologie, bestuur en beleid. Daarvoor was zij zes jaar werkzaam als ergotherapeut in verschillende werkvelden in de gezondheidszorg. Momenteel is zijn bezig met haar promotieonderzoek bij de Amsterdam School for Social science Research (www.assr.nl) aan de Universiteit van Amsterdam. Haar onderzoek is gesitueerd binnen het Kennisnetwerk Systeeminnovaties (www.ksinetwork.nl) en richt zich op de doorwerking van innovatieve projecten in de gezondheidszorg.

Contact: H.M.C.vanTwillert@uva.nl

Drs. Peter Stevens studeerde bestuurskunde. Hij heeft bij verschillende overheden en in verschillende functies meegewerkt aan een aantal veranderingsoperaties, zoals op het terrein van het binnenlands bestuur (regionalisatie en gewestvorming) en op het terrein van gezondheidszorg (de stelselwijzigingen). Thans is hij werkzaam als zelfstandig consultant. In die functie ondersteunt en begeleidt hij veranderingsprocessen in de zorg, zoals de vorming van ketens en netwerken. In opdracht van ActiZ maakt hij deel uit van het programmateam *Zorg-op-afstand, dichterbij*.

Contact: pgjj.stevens@inter.nl.net

De gegevens ten behoeve van hoofdstuk 2 zijn verzameld als onderdeel van het promotieonderzoek van Erica ter Haar.

1	Zorg-op-afstand dichterbij brengen?	
	Doelstellingen en aanpak van deze rapportage	4
1.1	Achtergrond: lang lopende problemen in de zorg	4
1.2	Herwaardering van de professionele logica	5
1.3	Ambities van zorg-op-afstand	9
1.4	Meer dan een nieuwe technologie: een systeeminnovatie	10
1.5	Doelstellingen en werkwijze van het programma – de rol van monitoring	11
1.6	Deze monitorrapportage: aanpak en verantwoording	13
2	Stand van zaken	16
2.1	Inleiding	16
2.2	Invoering van zorg-op-afstand	17
2.3	Cliënt-proces-zorgverlener	18
2.4	Interne organisatie	28
2.5	Externe organisatie	32
2.6	Financiering	34
2.7	Techniek	37
2.8	Gezondheidszorg in Nederland	41
2.9	Functioneren van het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand	43
2.10	Lessen en uitdagingen	44
3	Analyse, reflectie en vooruitzien	48
3.1	Inleiding	48
3.2	Voordelen zorg-op-afstand	48
3.3	Het invoeringsproces	66
4	Conclusies en perspectief	79
	Verwijzingen	83

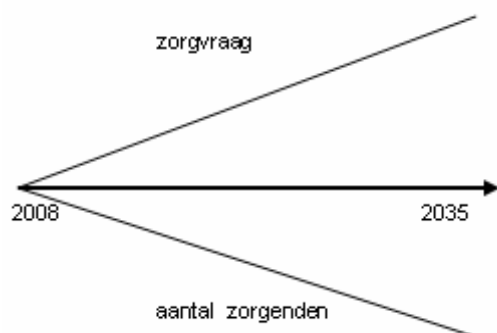
1 Zorg-op-afstand dichterbij brengen?

Doelstellingen en aanpak van deze rapportage

1.1 Achtergrond: lang lopende problemen in de zorg

De zorg verkeert de laatste jaren in zwaar weer. Om te beginnen is er het probleem dat de zorgsector deelt met andere domeinen van de geavanceerde verzorgingsstaat (Trommel & Van der Veen, 1999). Na de ongebreidelde groei van geavanceerde verzorgingsstaten in de decennia na de Tweede Wereldoorlog, werd duidelijk dat in een globaliserende economie de collectieve lastendruk steeds meer een rem op de welvaartsontwikkeling was geworden. Dat heeft geleid tot stelselwijzigingen, waarin privatisering en de introductie van marktwerking breed gedeelde¹ sleutelbegrippen waren. Voor spelers in de zorg leverde dit een moeizame combinatie op: enerzijds moest men zich aanpassen aan elkaar snel opvolgende veranderingen in stelsel en financiering. Tegelijk werd de financiële druk steeds groter en de financiële armslag van instellingen steeds kleiner.

Tegen de achtergrond van deze algemene problematiek zijn twee problemen, die specifiek zijn voor de zorg, des te venijniger (figuur 1). Het eerste is de toename van het aantal ouderen, en dus de zorgbehoefte, waarbij komt dat aan zorg inmiddels andere eisen worden gesteld: meer op maat, met respect voor zelfstandigheid en eigenheid van cliënten. Het tweede probleem is de gestage afname van het aantal mensen dat in de zorg werkzaam wil zijn.



Figuur 1: 'autonome' trends in zorgvraag en aantal zorgenden

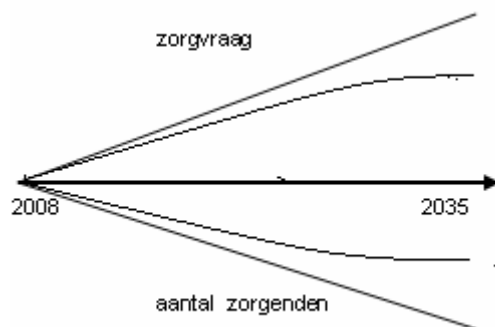
Deze rapportage gaat over de invoering van zorg-op-afstand. Zorg-op-afstand is een innovatie waarmee de initiatiefnemers beogen beide trends te doorbreken.

¹ Het kabinet Den Uyl was het eerste dat, naar aanleiding van de oliecrisis en de hoge werkloosheid begin jaren zeventig, aandacht vroeg voor de noodzaak van hervormingen. Het vraagstuk heeft sindsdien onverminderd een hoge plek op de politieke agenda. De speurtocht naar oplossingen is mede gekleurd door veranderingen in het denken over overheidssturing. In 1982 gaf het eerste kabinet Lubbers prioriteit aan de zogenoemde drie grote operaties: deregulering, decentralisatie en privatisering. In 1994, bij het aantreden van het eerste 'paarse' kabinet, kreeg deze beweging een tweede impuls met de in de zogeheten MDW-operatie: marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit. De kabinetten Balkenende hebben de omvorming van de verzorgingsstaat voortgezet, en daarbij een sterkere nadruk op de rol van de maatschappij gelegd.

Zorg-op-afstand wil de kloof helpen dichten tussen de ontwikkeling van de zorgvraag en de ontwikkeling van het aantal mensen dat in de zorg werkzaam wil zijn.

Om te begrijpen hoe de oplossing van zorg-op-afstand kan werken, is het noodzakelijk om te onderkennen dat deze twee trends minder 'autonoom' zijn dan vaak wordt verondersteld: achter de 'voorspellingen' uit figuur 1 gaan enkele 'vanzelfsprekende' aannames schuil, die echter minder vanzelfsprekend zijn dan ze lijken. Wie dat onderkent, kan oplossingen voor de zojuist geschetste problemen gaan zien die aanzienlijk minder pijnlijk zijn dan de oplossingen die vaak worden voorgesteld. Het zijn oplossingen die zelfs positief inspelen op veranderingen in de aard van de behoefte aan zorg die zich momenteel voltrekken. Het is dan wel noodzakelijk om de 'vanzelfsprekendheden' ter discussie te stellen en de voorwaarden te helpen creëren waaronder op termijn een andere ontwikkeling denkbaar wordt (figuur 2).

Zorg-op-afstand heeft, als innovatie in en van de zorg, de ambitie daaraan bij te dragen. Is dat niet veel te hoog gegrepen? In dit hoofdstuk zetten we uiteen wat nodig is voor deze ambitie. In latere hoofdstukken gaan we na in hoeverre het programma er tot nu toe in slaagt de eigen doelstellingen en achterliggende ambities te realiseren. Dat gebeurt op grond van interviews, enquêtes en andere data verkregen uit de monitoring van het project.



Figuur 2: *zorg-op-afstand – bijdrage aan het keren van de trends?*

1.2 Herwaardering van de professionele logica

De idee dat de trends uit figuur 1 autonoom zijn berust op 'vanzelfsprekende' vooronderstellingen, die echter bij nader inzien helemaal niet zo vanzelfsprekend zijn. Laten we beginnen met de veronderstelde toename van de zorgvraag. De eerste vanzelfsprekendheid daarachter is dat 'meer ouderen' in de toekomst vanzelfsprekend leidt tot 'meer behoefte aan zorg'. Maar die schijnbare vanzelfsprekendheid gaat voorbij aan het feit dat genoemde demografische verandering hand in hand gaat met een andere langetermijntoewikkeling: individualisering. Individualisering verwijst hier niet zozeer naar toenemende ik-gerichtheid in de meer 'banale' zin, maar naar een maatschappij waarin mensen steeds meer hun eigen programma ontwikkelen. En waarin mensen hun eigen, nieuwe manieren van sociale integratie zoeken in nieuwe, 'lichte' gemeenschappen (Beck and Beck-Gernsheim, 2002; Duyvendak & Hurenkamp, 2004).

De ouderen van nu – en zeker de ouderen van 2025 – zijn zelfstandige mensen, die goed in staat zijn om hun eigen keuzes te maken.

Onderdeel van het ouder worden is ook voor hen vaak natuurlijk wel een toenemende behoefte aan ondersteuning. Maar juist deze generatie wil minder dan eerdere generaties op de klassieke wijze, passief, 'ver-zorgd' worden. Zij kan en wil veel doen aan de eigen kwaliteit van leven.

Dat geldt al voor veel mensen die nu 70+ zijn, en het zal eens te meer opgaan voor diegenen die dat over vijf, tien of vijftig jaar zijn. En het geldt natuurlijk nu al voor andere doelgroepen van zorg-op-afstand: mensen uit jongere generaties, die behoefte hebben aan zorg, zoals chronisch zieken. *Eén centrale gedachte in deze innovatie is immers dat de regie in de zorg berust bij de cliënten, die zelf heel wat kunnen en willen bijdragen aan hun kwaliteit van leven. Zorg wordt dan gedefinieerd vanuit de reële behoeften in de leefwereld van mensen, in plaats vanuit het aanbod aan diensten en producten.*

De tweede 'vanzelfsprekendheid' is dat meer zorg per se meer behoefte aan zorgenden en aan geld betekent. Maar als zorg een andere betekenis krijgt, met een meer centrale rol voor cliënten, is dat wellicht veel minder vanzelfsprekend dan we denken. In een recent onderzoek de thuiszorg presenteren Harry Kunneman en Marjan Slob (2007: 3-4) een interessant voorbeeld uit de praktijk van de thuiszorg (zie kader 1). Het laat zien dat een deel van de vraag naar professionele zorg soms niet alleen voortkomt uit een behoefte aan zorg, maar ook uit een behoefte aan sociaal contact, veiligheid en welzijn. Veranderingen in de aard van de zorg – vooral met meer aandacht en respect voor cliënten – kunnen de omvang van de zorgvraag beïnvloeden.

Een thuiszorgteam in een van de grote steden heeft drie kwartier geïndiceerde zorg per dag ter beschikking voor Karel, een alleenstaande oudere man. Karel is moeilijk in de omgang, stelt zich erg afhankelijk op, heeft verder nauwelijks sociale contacten en wordt als lastig ervaren door het team. Soms, als er aan het einde van de drie kwartier nog enkele minuten overblijven en Karel schoon gedoucht en goed verbonden aan tafel zit, begint hij over zijn leven en alle moeilijkheden die hij ervaren heeft. Die momenten van beginnende vertrouwelijkheid moeten echter wegens tijdgebrek steeds weer worden afgebroken. Omdat er onvoldoende formele gronden voor uitbreiding van de beschikbare tijd zijn, besluit het team buiten de leiding om per dag een aantal minuten op de tijd voor andere, 'makkelijkere' cliënten in te dikken. De gewonnen minuten worden besteed aan het verdiepen van het contact met Karel. Dit heeft ten slotte succes: Karel wordt gemakkelijker in de omgang, zijn wond geneest, hij wordt zelfstandiger en ze slagen er zelfs in hem 'naar buiten' te krijgen en contacten in het wijkcentrum op te bouwen. Na een half jaar wordt deze 'clandestiene' zorg in overleg met Karel afgebouwd.

Kader 1: *over Karel – of hoe een andere benadering van zorg de behoefte aan zorg kan beïnvloeden.*
Bron: Kunneman & Slob (2007: 3-4)

Ook de tweede trend uit figuur 1, de vermindering van het aantal mensen dat in de zorg werkzaam wil zijn, is minder 'vanzelfsprekend' dan vaak gedacht. Dat wordt duidelijk als we kijken naar de onderliggende onvrede bij werkers in de zorg. In een spraakmakende publicatie uit 2005 werd de kwestie van 'beroepszeer' aan de orde gesteld (Van den Brink *et al.*, 2005).

Hoewel de onvrede al eerder was gesignaleerd², leverde deze laatste publicatie een grote maatschappelijke respons op, die aanleiding was tot de oprichting van de Stichting Beroepseer.

Een bezoek aan de website van deze Stichting³ laat een ware hausse aan wetenschappelijke publicaties en opiniebijdragen zien, die alle pleiten voor een herwaardering van professionaliteit in de verschillende domeinen van de verzorgingsstaat. We beperken ons hier tot een onlangs verschenen boek van Evelien Tonkens, omdat juist dat boek de verschillende hierboven besproken ontwikkelingen en 'vanzelfsprekendheden' in samenhang behandelt.⁴

Om te beginnen zet Tonkens (2008: 15-23) uiteen dat professionals in de klem zijn geraakt als gevolg van vier belangrijke ontwikkelingen. Ten eerste heeft de democratiseringsbeweging uit de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw geleid tot een 'verkrumming' van het gezag van professionals. Vraagsturing en marktwerking sloten vanaf begin jaren tachtig aan bij deze trend naar 'nederiger' professionals, maar deze ontwikkelingen leidden daarbij onbedoeld ook tot meer behoefte aan toezicht, en dus aan bureaucratische regels. In de tweede plaats leidde druk op de verzorgingsstaat en de daarmee gepaard gaande nadruk op meer marktwerking tot een 'permanente schaarste'. Ook dat versterkte de bureaucratische rationaliteit. Ontzuiling en individualisering, de derde ontwikkeling die Tonkens schetst, leidden tot uitholling van de morele kaders van waaruit professionals in de zorg hun werk moeten doen, vaak temidden van de meest weerbarstige problemen van onze maatschappij. En ten slotte is de complexiteit van de zorg volgens Tonkens de laatste decennia enorm gegroeid, met als paradoxaal gevolg dat de professies zijn opgeknipt in kleine, hooggespecialiseerde taken. Er zijn tal van aanwijzingen (bijvoorbeeld in het eerder aangehaalde onderzoek van Kunneman & Slob) dat deze factoren veel verklaren van de onvrede onder professionals. En die onvrede is op zijn beurt een belangrijke verklaring voor de afnemende aantrekkingskracht van het werken in de zorg.

Tegen deze achtergrond haalt Tonkens (2008: 29 e.v.) de socioloog Eliot Freidson (2001) aan. Deze heeft gepleit voor het weer serieus nemen van een derde logica, naast de marktlogica en de bureaucratische logica: de professionele logica, die de 'ziel' van een vak uitmaakt. Tonkens vult een en ander in met behulp van het recente boek van Annemarie Mol (2006) over de logica van het zorgen. Tot de kern van de professionele logica behoren de volgende elementen (zie ook tabel 1 op volgende pagina):

- een seculiere roeping (versus dienstbaarheid aan 'de markt' vraag' respectievelijk aan 'procedures', ofwel de bureaucratische rationaliteit);
- maatwerk, aansluitend bij de specifieke behoefte van concrete cliënten (versus snelheid en efficiëntie, respectievelijk rechtsgelijkheid en zorgvuldigheid);
- professionele sturing, in een competitie om kwaliteitsverbetering, met protocollen als hulpmiddel (versus vraagsturing, met concurrentie om kosten onder de tucht van de markt; respectievelijk procedurele, hiërarchische sturing met protocollen voor beheersing);
- aanspraak op vakinhoud (versus de mogelijkheid om in de markt te overleven respectievelijk procedurele kennis).

² Onder meer Kalma (2001); Tonkens (2003 – de eerste editie van het boek dat we hier bespreken) en in het geruchtmakende boek 'Intensieve menshouderij' van Peters & Pouw (2004).

³ www.beroepseer.nl.

⁴ Het gaat om een drastisch herziene heruitgave van een boek dat aanvankelijk in 2003 verscheen, als een van de vroege bijdragen aan de discussie. Tonkens vatte het samen in de ROB-lezing 2008.

	Professionalisme	Bureaucratie	Markt
Waarden	(seculiere) roeping om transcendent doel te bevorderen (gezondheid, veiligheid, welzijn, ontplooiing) kwaliteit maatwerk	dienstbaarheid aan procedures rechtsgelijkheid zorgvuldigheid	dienstbaarheid aan de vraag efficiëntie snelheid
Sturing	professionele sturing protocollen als hulpmiddel samenwerking; rivaliteit (competitie om kwaliteit)	proceduresturing protocollen als dictaat hiërarchische sturing	vraagsturing markttoezicht samenwerking; concurrentie (competitie om kosten)
Verantwoording	horizontaal, via intervisie vertikaal, via supervisie (naar boven) en via patiëntenfeedback	hiërarchische procescontrole	afrekenen op prestatie; cliënttevredenheid
Aanspraak op deskundigheid	vakinhoudelijke kennis en ervaring	juridisch en procedureel	geen: overleven op de markt legitimeert je positie
Loopbaanstreven	steeds beter worden in je vak	opklimmen	winst maken door vergroting marktaandeel en dus uitbreiding bedrijf

Tabel 1: verschillende logica's. Bron: Tonkens (2008: 29)

1.3 Ambities van zorg-op-afstand

Het innovatieve initiatief zorg-op-afstand heeft als ambitie een manier van zorgen te ontwikkelen die de regie teruglegt bij de cliënt, en die zorgenden veel ruimte geeft om maatwerk te leveren. Dat is een hoge ambitie. Maar als de analyse uit de voorgaande paragraaf juist is, is deze ambitie niet per se onhaalbaar. Wel is het een hoogst noodzakelijke, die bovendien aansluit bij het regeringsprogramma van het derde kabinet Balkenende. Dat programma is immers duidelijk beïnvloed door het debat over beroeps(z)eer.⁵

Een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling kan daar verder aan bijdragen: de opkomst van de informatie- en netwerksamenleving, waarin geheel nieuwe manieren van communicatie ontstaan. Communicatie is altijd belangrijk geweest voor kwalitatief hoogwaardige zorg; veel zorg bestaat juist uit communicatie. Denk maar aan de instructie, de anamnese, het onderzoek, de begeleiding, de ondersteuning, het overleg. Het belang van communicatie geldt voor het behandel- en zorgproces, maar zeker ook voor preventie. Niet toevallig is communicatie ook belangrijk voor de *beleving* van zorg. Dat gaat op voor cliënten, voor wie aandacht en de mogelijkheid tot echt contact over hun problemen een zelfstandige kwaliteitsfactor zijn. Maar het geldt ook voor verpleegkundigen en verzorgenden. Niet voor niets is de laatste jaren veel aandacht gevraagd voor het feit dat voor velen juist de verminderde ruimte voor communicatie met hun cliënten het vak minder aantrekkelijk maakt. Zij leven naar hun idee te veel in het tijdperk van 'uurtje (of minuutje...)-factuurkje'.

Communicatie behoort dus tot het hart van de zorg, en deze communicatie vindt op vele manieren plaats: persoonlijk, telefonisch, schriftelijk. Videocommunicatie komt daar nu als extra mogelijkheid bij. Deze innovatie – veel gebruikt in zorg-op-afstand – heeft als voordeel dat het zowel geluid- als beeldcommunicatie mogelijk maakt. En het visuele element – het elkaar kunnen zien, en wel in de eigen omgeving – is in de zorg nu eenmaal erg belangrijk.

Zorg-op-afstand beoogt nieuwe vormen van communicatie te ontwikkelen. De verwachting is allereerst dat mensen-thuis in de regel de inzet van bijvoorbeeld videocommunicatie in de zorg op prijs stellen. Hun gevoel van veiligheid en zelfstandigheid neemt toe. Zij worden zelfredzamer en hun vraag naar zorg verandert. Voor instellingen betekent dit weer dat zij mensen-thuis die gebruik maken van videocommunicatie een ander zorgaanbod kunnen én moeten doen.

Een andere verwachting is dat in een zorgaanbod met videocommunicatie minder inzet van professionele zorg nodig is dan in het huidige reguliere aanbod. Het mes snijdt dus aan twee kanten. Mensen-thuis voelen zich veiliger en zelfredzamer -de kwaliteit van hun leven neemt toe- en instellingen kunnen met eenzelfde aantal professionals meer mensen –op eenzelfde kwaliteitsniveau van zorg- bedienen. En, dat is een derde verwachting, het werk zou in de beleving van die professionals ook nog eens aantrekkelijker op worden.

⁵ Het regeringsprogramma stelt bijvoorbeeld: 'Leraren, artsen, agenten, hulpverleners en andere professionals zijn van onschatbare waarde en verdienen onze volle steun en ons volle vertrouwen. De overheid moet zich dienstbaar opstellen. [...] Daarom willen wij de komende jaren vooral investeren in draagvlak bij patiënten en professionals om samen te werken aan het bestrijden van onnodige bureaucratie, het vergroten aan het plezier in werken in de zorg en de ontwikkeling richting *best practices*.' [...] "De AWBZ-zorg [...] leent zich naar haar aard niet voor vrije prijsvorming en commerciële concurrentie. Het kabinet zal [...] nieuwe concepten in de care onderzoeken, bevorderen en belonen. Sleutelwoorden zijn daarbij [...] ontbureaucratisering en ruimte voor de professional.'

Verderop in dit rapport presenteren we resultaten van onderzoek die laten zien dat deze verwachtingen verre van irreëel zijn. Deze bemoedigende bevindingen bevestigen dat de ambitie van zorg-op-afstand weliswaar groot is, maar daarmee nog niet onhaalbaar. Overigens zeker niet in de laatste plaats dankzij de inspanningen van mensen uit de deelnemende instellingen, die met een ware pioniersgeest nieuwe wegen hebben verkend, en moeilijkheden niet uit de weg zijn gegaan.

1.4 Meer dan een nieuwe technologie: een systeeminnovatie

Om de ambitie van zorg-op-afstand voluit te realiseren, zijn vergaande innovaties nodig. Het gaat niet zozeer om een nieuw product, maar om een andere wijze van zorgverlening via geheel nieuwe zorgarrangementen. Onder een zorgarrangement verstaan we het geheel van diensten dat aan een persoon of een groep mensen ter realisering van bepaalde zorgdoelen wordt geleverd

Inmiddels zijn enkele technische aanloopproblemen – althans rondom de inzet van videocommunicatie – voor een deel opgelost. Maar nu komen andersoortige problemen naar boven, en die vergen meer dan technologische oplossingen. Het gaat in wezen om een systeeminnovatie in de zorg. In eerdere rapportages (Stevens, 2005 en 2007) kwamen de volgende aanloopproblemen op dit terrein naar voren:

- Financiering is problematisch. Voor instellingen, met hun beperkte financiële armslag, zijn forse investeringen en de kosten van aanpassing en ontwikkeling van hun organisatie moeilijk op te brengen. Zeker in de beginfase, als er nog geen schaalvoordelen zijn geboekt. Bovendien is het huidige stelsel van bekostiging van zorg niet berekend op zorg op afstand.
- Zorg op afstand moet, om echt effect sorteren, in het zorgproces worden geïntegreerd. Dat is een slag die in elk geval tot 2007 in de pilots nog maar beperkt was gemaakt.
- Uit ervaring blijkt dat nodig is meerdere diensten en functies aan te bieden om goed te kunnen inspelen op vragen en behoeften cliënt. Dat betekent niet alleen care, maar ook cure en preventie, en daarnaast ook welzijnsdiensten, gemakdiensten, bewaking en alarmering, et cetera. Dit alles betekent over grenzen van sectoren heen denken en impliceert samenwerking tussen sectoren. Dat valt niet mee.
- Zorg op afstand vraagt ook om een verandering in professionele attitude, en in de verhoudingen tussen verschillende professionals en tussen professionals en hun cliënten. Ook dat valt niet mee.
- Het is nog niet zo eenvoudig gebleken om in de nieuwe samenwerking tussen zorginstellingen en ICT-aanbieders de zorg centraal te stellen.
- Er blijven nog altijd een aantal vraagstukken rond de techniek overeind: de koppeling tussen de infrastructuur voor zorg op afstand en specifieke applicaties. Ook blijft het risico bestaan dat de techniek te zeer het arrangement gaat bepalen.

Deze moeilijkheden zijn niet toevallig, of te wijten aan falende inzet van degenen, die bezig zijn met de invoering van zorg-op-afstand. Juist de inzet waarmee is gewerkt, laat zien dat een aantal van de moeilijkheden die deze pioniers hebben ontmoet verre van alledaags zijn:

ze zijn verankerd in de *structuur* van de sector. De bestaande zorgarrangementen zijn historisch gegroeid in wisselwerking met deze structuur.

Denk aan de bestaande regels voor financiering; de 'schotten' tussen zorg en andere domeinen (wonen, winkelen, welzijn); de verhouding tussen verschillende zorginstellingen; de beroepsattitude en de verhouding tot andere professionals en cliënten die wordt aangeleerd in de opleiding, enzovoort (zie ook hoofdstuk 2 van deze rapportage).

Wie zorgarrangementen verandert, of zelfs heel nieuwe ontwikkelt, kan in botsing komen met de bestaande structuur. Het is daarbij noodzakelijk te werken aan nieuwe of andere structuren. Een innovatie als zorg op afstand vergt een *systeem*innovatie (Grin, 2004; Grin & van Staveren, 2007): een verandering die niet alleen ander denken en doen⁶ vraagt, maar ook andere structuren (infrastructuur, regels, samenwerkingsverbanden, hulpmiddelen, 'vanzelfsprekende' vooronderstellingen). Wie barrières kan herleiden tot de bestaande structuur én de mogelijkheid van een structuurverandering herkent, zal veel beter in staat zijn om aan die barrières het hoofd te bieden. Het gaat er dan om het bestaande systeem – en de bijbehorende vanzelfsprekendheden – *niet* voor gegeven aan te nemen. Het programma *Zorg op Afstand, dichterbij* van ActiZ biedt de initiatiefnemers een plek waar deze behoeften aan structurele veranderingen kunnen worden opgespoord, en waar gezamenlijk strategieën worden ontwikkeld voor de gewenste strategische aanpassingen.

1.5 Doelstellingen en werkwijze van het programma – de rol van monitoring

Binnen dat programma *Zorg op Afstand, dichterbij* leren de initiatiefnemers – de koplopers – van elkaar en werken gezamenlijk aan strategieën voor het oplossen van moeilijkheden. Dat doen ze door problemen die rijzen bij het ontwerpen en uitproberen van nieuwe zorgarrangementen te delen. En – nog belangrijker – door met elkaar mee te denken over oplossingen. Bovendien maken ze gebruik van het programma om de systeemveranderingen die nodig zijn op het spoor te komen en in beweging te (laten) zetten:

- het ten behoeve van opleidingen en nascholingen formuleren van de nieuwe zorgprocessen, en bijbehorende werkwijzen en competenties van zorgverleners;
- het helder krijgen van nieuwe rol- en taakverdelingen tussen zorginstellingen en andere organisaties;
- het definiëren van nieuwe financieringsconstructen.

Tegen de achtergrond van het voorgaande kunnen de doelstellingen van de monitoring, waarvan deze rapportage een tussenproduct is, als volgt worden verwoord:

⁶ Meer precies: een samenhangende veranderingen van patronen van denken en doen van meerdere spelers in een bepaald systeem, bijvoorbeeld de zorg.

- *Het nagaan in hoeverre de verwachtingen die ten grondslag liggen aan zorg-op-afstand in de praktijk ook worden gerealiseerd, en met behulp van welke arrangementen.* Hiermee wil de rapportage bijdragen aan het beantwoorden van de vraag of en hoe met arrangementen met zorg-op-afstand inderdaad een aantal bestaande problemen in de zorg kunnen worden aangepakt.
- *Het in kaart brengen van de moeilijkheden die instellingen daarbij ondervinden én van de oplossingen die ze daarvoor vinden.*
- Door dit in kaart te brengen wil de rapportage bijdragen aan het leerproces van betrokken 'pionierende' zorgorganisaties, én van diegenen die eveneens zulke arrangementen willen gaan realiseren.
- *Het beter begrijpen van moeilijkheden die, letterlijk, 'de macht van instellingen te boven gaan', en het elders agenderen van oplossingen daarvoor.* Zoals we hierboven hebben opgemerkt, valt te verwachten dat zich problemen voordoen die wortelen in het bestaande systeem van de zorg. Voor het oplossen daarvan is medewerking nodig van andere spelers dan de instellingen zelf: opleidingen, het ministerie van VWS, verzekeraars enzovoorts. Door dit in kaart te brengen, hoopt deze rapportage bij te dragen aan het in gang zetten van de voorwaarden waaronder zorg op afstand in de toekomst een belangrijk element in de zorg kan worden.
- *Het bevorderen van opschaling.* Onder opschaling wordt dan verstaan de toename van het aantal mensen dat gebruik maakt van zorg-op-afstand. Deze doelstelling ligt in het verlengde van de vorige. Zijn met betrekking tot die voorwaarden eenmaal veranderingen in gang gezet, dan ontstaat een zichzelf versterkend proces. Doordat de omzet stijgt, kan de prijs van de techniek omlaag, waardoor er weer meer aansluitingen komen. Op de tweede plaats: doordat de wet- en regelgeving inzet van videocommunicatie mogelijk maakt en bevordert, gaan meer zorgorganisaties videocommunicatie in de zorg inzetten. Het gaat er nu om dit proces in gang te zetten. Het zichzelf versterkende proces vormt de beoogde uitkomst van de opschalingsfase.

De eerste twee doelstellingen weerspiegelen dat invoering van zorg-op-afstand een *innovatie* is, waarin de effecten van nieuwe oplossingen worden verkend én vergroot in een lerend proces. Voor de werkwijze betekent dit dat de hier gepresenteerde rapportage niet eenvoudig het werk van de auteurs is, maar het gevolg is van een leerproces waaraan allerlei spelers een bijdrage hebben geleverd. Eerst en vooral de pionierende instellingen, maar zeker ook werkenden in de zorg, cliënten, financiers en anderen.

De laatste twee doelstellingen weerspiegelen het feit dat het project daarenboven een *systeeminnovatie* behelst (Grin & Van Staveren, 2007). Dat is zelfs voor de pioniers die aan dit project durfden beginnen geen sinecure. Daarom is advies gevraagd aan externe adviseurs – zogeheten 'monitors' – die betrokkenen kunnen helpen hun eigen problemen scherper en met name breder (namelijk als uitdrukkingen van mankementen in het bestaande systeem) te zien. Dat kan de pioniers helpen om 'slim' aan te sluiten bij langetermijnontwikkelingen. Hun adviezen zijn niet meer en minder dan *inputs* in het proces van lerend experimenteren.

1.6 Deze monitorrapportage: aanpak en verantwoording

Deze rapportage is – resumerend – tot stand gekomen in een proces dat kan worden gekarakteriseerd als:

- ontwerpend, waarbij een plan steeds verder wordt ontwikkeld (bijgesteld, ingevuld, aangevuld) op basis van een regelmatige evaluatie van de voortgang;
- verdiepend, in de zin dat wordt nagegaan welke in structuur en cultuur wortelende externe factoren achter bepaalde moeilijkheden schuilgaan;
- strategisch, waarbij ‘slim’ kansen worden benut en gecreëerd om deze factoren en/of hun doorwerking in vernieuwende zorgarrangementen te beïnvloeden.

Daarmee is de methode die in het programma *Zorg op afstand, dichterbij* wordt gevolgd niet zozeer een kwestie van ‘onderhandelen’ of ‘polderen’. Het gaat veeleer om een pragmatische wijze om opties voor gemeenschappelijk handelen te ontwerpen, waaraan ieder een specifieke – bij eigen identiteit, positie en ervaring passende – bijdrage levert. Daartoe is het proces ingericht als een *leerproces*, waarin de pioniers hun denken en doen bijstellen en verrijken, en elkaar tot reflectie aanzetten en daarbij helpen. In het programma maken we gebruik van een eerder ontwikkelde (Grin et al., 1997; Grin & van Staveren, 2007) en beproefde methode.⁷ Voldoende en noodzakelijke voorwaarden voor zo’n proces zijn:

- zowel praktijkmensen als externe deskundigen leveren kennis, en leren van elkaar;
- een gemeenschappelijke oriëntatie van de initiatiefnemers op een visionaire kern;
- helderheid voor allen omtrent het aandeel van elk van de initiatiefnemers;
- andere spelers die een bijdrage moeten leveren (‘co-producenten’) vinden het eigen aandeel zinvol;
- er is een platform voor geregelde uitwisseling tussen de initiatiefnemers over bijstellingen; elke deelnemer vormt zich daarover een oordeel dat primair gaat over het eigen aandeel.

Meer concreet is in het programma *Zorg op afstand, dichterbij* de volgende werkwijze gevolgd. Het programma kent een overleg waaraan de projectmanagers van alle instellingen deelnemen, die beschikken over een functionerend videonetwerk: het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand. Dit netwerk vormt een soort besloten ruimte, waarin de projectmanagers ervaringen en kennis kunnen uitwisselen om de zojuist genoemde doelstellingen te realiseren. In het netwerk worden daartoe op bepaalde punten gezamenlijk verdiepingsslagen gemaakt. Zowel de instellingen als de monitor leveren daaraan een bijdrage. Deze verdiepingsslagen leiden soms tot acties om de noodzakelijke voorwaarden te creëren. Soms leiden ze tot vragen voor nader onderzoek om de voortgang van het project te kunnen meten en bevorderen. Van al deze zaken doet deze rapportage verslag.

⁷ Reuzel, 2002; Reuzel et al. 2007; Partidario, 2002; Loeber, 2004: 207-260; Moret-Hartman et al., 2007; Moret-Hartman, 2008: 113-132. Marris et al., 2008.

Het concept van de rapportage is besproken in dit netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand, en naar aanleiding daarvan bijgesteld. Deze bron van bijstellingen is in de rapportage steeds expliciet aangegeven.

Daarnaast functioneert binnen het programma *Zorg op afstand, dichterbij* een overleg van beleidinstanties, betrokken bij de invoering van zorg-op-afstand. Dit zogeheten nationaal overleg invoering zorg-op-afstand treedt tevens op als begeleidingscommissie van de monitor. Zowel de opzet als de resultaten van de monitor worden in dat overleg besproken. Daarbij wordt steeds ook nagegaan wat deze uitkomsten betekenen voor het beleid. Wat kan en moet worden gedaan om de voorwaarden voor invoering van zorg-op-afstand te verbeteren?

Op dit moment hebben in dit overleg vertegenwoordigers zitting van het ministerie van VWS, de Nederlands Zorgautoriteit (NZa), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), Mezzo, landelijke vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg, alsmede Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het overleg staat onder voorzitterschap van ActiZ, organisatie van zorgondernemers.

In de volgende hoofdstukken worden de volgende drie vragen beantwoord:

Wat is volgens de initiatiefnemers de huidige stand van zaken rond zorg-op-afstand? Welke lessen trekken zij uit hun ervaringen tot nu toe en welke – met name structurele – uitdagingen zien zij?

In hoeverre zijn de verwachtingen omtrent zorg-op-afstand uitgekomen voor cliënten en hun mantelzorgers? En voor zorgverleners en voor de zorg-als-geheel? Hoe komt het dat verwachtingen wel, niet of (nog) niet geheel zijn uitgekomen?

Wat leren we van het proces van invoering van zorg-op-afstand tot op heden? Welke conclusies kunnen daaruit worden getrokken voor het vervolg van dat invoeringsproces? Welke strategieën kunnen worden gevolgd om de verwachtingen omtrent zorg-op-afstand wel – of nog meer – te laten uitkomen?

De eerste vraag wordt in hoofdstuk 2 beantwoord, voornamelijk op basis van open, gestructureerde interviews met de pioniers uit de deelnemende instellingen en van gesprekken tussen hen binnen het project. De tweede en derde vraag worden in hoofdstuk 3 behandeld. Daarbij maken we mede gebruik van de uitkomsten van andere (monitor)rapportages.⁸

Met dit alles is duidelijk dat deze rapportage *niet* een extern oordeel wil geven over de voortgang van het programma *Zorg op afstand, dichterbij*. De doelstellingen en werkwijze van dit programma houden immers in dat die voortgang wel in kaart wordt gebracht, maar:

- als bijdrage aan een voortgaand leerproces: geen *eindoordeel over*, maar *een bijdrage aan de voortgang*;
- als resultaat van een voortgaand leerproces: geen extern oordeel, maar een door betrokkenen gedeeld oordeel;

⁸ Boonstra, Albert e.a. 2008; Peeters, J.M., A.J.E. de Veer en A.L. Francke 2008; Nouws, Henk 2007; Nouws, Henk 2008; Van Fulpen, Aad 2008.

- als een appèl aan spelers buiten het programma om enkele hardnekkige problemen niet te zien als feilen van het project, maar als uitdaging om zélf de noodzakelijke voorwaarden te helpen creëren.

2 Stand van zaken

2.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de invoering van zorg-op-afstand geplaatst tegen de achtergrond van enkele belangrijke ontwikkelingen in de zorg. Dat leidde tot de stelling dat zorg-op-afstand een belangrijke en innovatieve bijdrage zou kunnen leveren aan de oplossing van de groeiende kloof tussen de zorgvraag en het aantal mensen dat in de zorg wil werken (zie figuur 2 in het vorige hoofdstuk). Deze bewering was gebaseerd op het feit dat zorg-op-afstand enerzijds bijdraagt aan een meer actieve rol van cliënten, die op deze wijze langer zelfstandig thuis kunnen en willen wonen. Zo kunnen zij een belangrijker rol spelen in *diseasemanagement*, en vanuit hun leefwereld meer sturing op de zorg uitoefenen. Daardoor kan zorg meer op maat en flexibeler worden aangeboden. Anderzijds is de veronderstelling dat zorg-op-afstand kan bijdragen aan hogere efficiëntie én meer arbeidssatisfactie, en zodoende aan de oplossing van het toekomstige arbeidsmarktprobleem in de zorg.

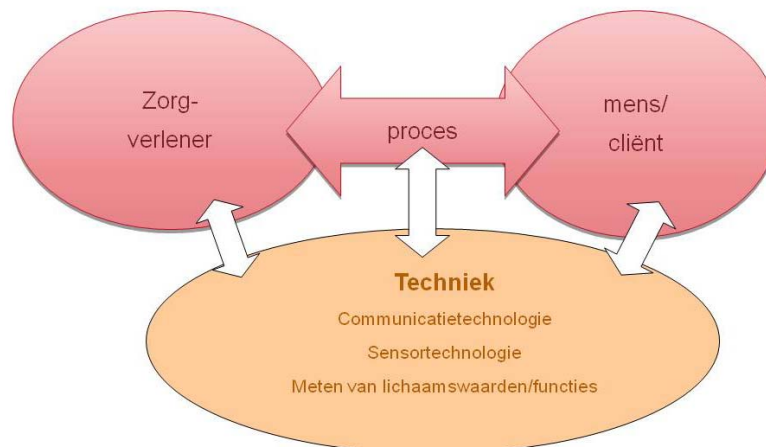
In dit hoofdstuk gaan we na in hoeverre het initiatief er volgens de deelnemers aan het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand tot nu toe in slaagt de problemen inderdaad te helpen oplossen. De meeste van de deelnemende instellingen hebben een pilot opgezet en hebben plannen voor verdere ontwikkeling van zorg-op-afstand. Dit hoofdstuk weerspiegelt de interviews die gehouden zijn met de projectmanagers van de bij het netwerk aangesloten projecten. In de interviews is allereerst gesproken over de stand van zaken (voorjaar 2008) met betrekking tot de ontwikkeling van zorg-op-afstand binnen de instelling. Ook kwam aan de orde op basis van welke visie men daarmee bezig is, welke plannen er voor de toekomst zijn en welke kansen en belemmeringen men ziet in de ontwikkeling van zorg-op-afstand.

Daarnaast zijn enkele onderwerpen die in de interviews naar voren komen – en de reflecties van de monitoronderzoekers daarop – ook aan de orde geweest tijdens vergaderingen en brainstormsessies van het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand. Deze informatie en de observatie van de bijeenkomsten zijn aanvullend en ondersteunend geweest voor de interpretatie van de gegevens in deze rapportage. Ook maken we voor dit hoofdstuk gebruik van de ervaringen tijdens een bijeenkomst met verzorgenden en verpleegkundigen die op enige wijze in aanraking zijn gekomen of ervaring hebben met zorg-op-afstand. Deze zogeheten 'Dag van het Wenkend Perspectief' werd op 10 maart 2008 georganiseerd vanuit het programma *Zorg op afstand, dichterbij* met als doel om te achterhalen hoe verpleegkundigen en verzorgenden zorg-op-afstand beleven, en welke wensen er bij hen leven.

Tot slot gebruiken we in deze rapportage geregeld informatie vanuit de verschillende betrokken monitorrapportages, zoals het project Toekomst Thuis (Nouws, 2007), het project Koala (Boonstra e.a., 2008) en het kwantitatieve deel van de monitor zorg-op-afstand (Peeters, De Veer en Francke, 2008).

2.2 Invoering van zorg-op-afstand

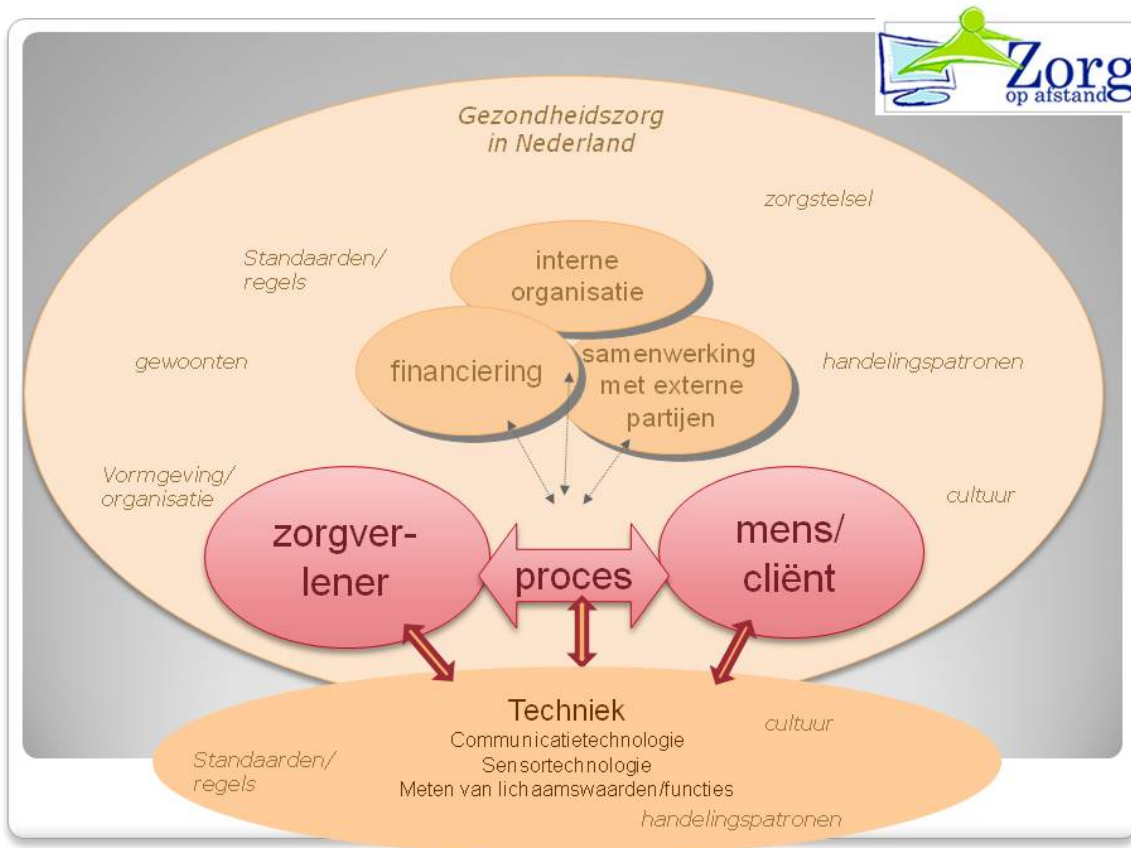
Zorg-op-afstand heeft de potentie om met de zorg beter bij de behoeften van de cliënt aan te sluiten. Zorg-op-afstand kan helpen om vraaggestuurde zorg vorm te geven, waarbij de cliënt meer regie heeft en zelf zijn gezondheidstoestand kan managen. Dat proces wordt beïnvloed door de techniek die bij zorg-op-afstand wordt gebruikt. Omgekeerd geeft de aard van het zorgproces als het goed is mede vorm aan de techniek (zie figuur 3).



Figuur 3: *techniek en het zorgproces*

Daarom beginnen we deze evaluatie met een bespreking van de betekenis van zorg-op-afstand voor het zorgproces dat zich afspeelt tussen cliënt en zorgverlener, en de wijze waarop techniek daarin een rol speelt. Daarbij kan het echter niet blijven. Uit de interviews kwam naar voren dat er naast de techniek drie andere voorwaarden zijn voor de ontwikkeling van zorg-op-afstand binnen de instellingen. Ten eerste de bekostiging, ten tweede een passende organisatie binnen de zorginstelling (interne organisatie) en tot slot een passende samenwerking met externe partijen (externe organisatie). Deze voorwaarden vormen de directe context waarbinnen zorg-op-afstand vorm krijgt. We zullen daarom ook de stand van zaken en de plannen voor de toekomst met betrekking tot deze voorwaarden bespreken.

En zelfs dan zijn we er nog niet. De instellingen zelf als het gezamenlijke ontwikkelingsproces naar zorg-op-afstand, moeten zich verhouden tot de bredere context van de gezondheidszorg in Nederland, met haar eigen regels, cultuur en organisatie (zie figuur 4). Deze kenmerken van de gezondheidszorg kunnen de directe voorwaarden en het proces tussen cliënt en zorgverlener beïnvloeden. Genoemde voorwaarden ontwikkelen zich binnen deze gezondheidszorg en zullen uiteindelijk ook deel gaan uitmaken van de reguliere gezondheidszorg. We zullen daarom in deze rapportage ten slotte nog de belangrijkste invloeden op de invoering van zorg-op-afstand vanuit deze bredere context evalueren.



Figuur 4: invloeden op de ontwikkeling van zorg-op-afstand

2.3 Cliënt-proces-zorgverlener

De elementen die in deze paragraaf worden besproken hebben alle te maken met de cliënt, de zorgverlener of het proces tussen cliënt en zorgverlener.

2.3.1 Betekenissen toegekend aan zorg-op-afstand

De betrokken instellingen verschillen onderling in de verwachtingen die ze hebben van zorg-op-afstand.⁹ Van daaruit benadrukken ze verschillende betekenissen van de bijdrage van deze innovatie aan het primaire zorgproces.

Veel instellingen willen inspelen op een veranderende doelgroep. Men meent dat cliënten steeds mondiger worden, meer zelf kunnen regelen, graag geholpen willen worden met hun specifieke vraag en gewend zijn aan dienstverlening met behulp van informatietechnologie. De verwachting is dat zorg-op-afstand ondersteunend zou kunnen zijn in het realiseren van vraaggestuurde zorg en het ondersteunen van het managen van de eigen ziekte door cliënten.

⁹ Die accenten worden mede bepaald door de opvatting over de eigen missie en identiteit.

Tegen die achtergrond is een betekenis van zorg-op-afstand dat het cliënten ondersteunt om langer thuis te kunnen blijven wonen.

De meeste organisaties richten zich op het totale welzijn van de cliënt, bijvoorbeeld: 'Welbevinden van de cliënt ondersteunen zodat diegene langer veilig thuis kan en wil blijven wonen'. Instellingen doen dit vaak in samenwerking met welzijnsorganisaties. Eén organisatie noemt naast zorg specifiek sociaal contact als rode draad in haar visie op zorg. Een aantal organisaties noemt zorg verlenen hun *core business* en vervullen een minder actieve rol in het welzijnsdeel van de vraag van hun cliënten.

Een tweede verwachting bij de betrokken instellingen is dat zorg-op-afstand kan helpen om de kloof tussen de oplopende zorgvraag (door vergrijzing) en het dalende aantal zorgverleners te dichten. Zorg-op-afstand kan naar verwachting de noodzaak van fysiek contact verminderen en zo efficiëntie van het zorgproces vergroten, onder behoud of vergroting van de kwaliteit. Deze winst zit vooral in planning en het optimaal gebruik van de aanwezige zorgprofessionals. Een mooi voorbeeld is het op afstand begeleiden van medicijnname, waardoor het aantal fysieke bezoeken sterk daalt en daarmee indirecte tijd wordt bespaard. Overigens zijn voor deze toepassing met betrekking tot de cliëntveiligheid soms nog wel extra technische hulpmiddelen nodig.

Een ander voorbeeld is de monitoring 's nachts, hetgeen het werk van de slaapwacht gedeeltelijk over kan nemen. Er wordt in deze toepassing een aantal keren 's nachts met de camera gekeken of een cliënt rustig slaapt. Pas wanneer er een probleem gesignaleerd wordt, gaat een verzorgende ter plekke een kijkje nemen. De kwaliteit van deze monitoring is hoger dan de standaardmethode, omdat men vaker even kan kijken of het goed gaat. Ook stijgt de efficiency omdat er alleen wanneer dat nodig is een zorgverlener naar de cliënt hoeft, in plaats van een aantal keer per nacht. De hier beschreven verwachting betekent in de eerste plaats de invoering van nieuwe techniek. Naast een beeldverbinding, is er vaak ook domotica nodig, ofwel een systeem voor monitoring en bepaalde meetapparatuur.

Naast efficiency-verbetering verwacht een aantal initiatiefnemers dat de kloof tussen zorgvraag en -aanbod gedeeltelijk gedicht kan worden door de zorgvraag te veranderen of te verminderen. In het zorgproces zou daarvoor meer ruimte moeten komen voor persoonsgerichte preventie en cliënten in een eerder stadium begeleiden en adviseren zodat exacerbaties worden voorkomen. Verder ziet men kansen in het verhogen van het welbevinden, waardoor huidige zorgvragen die voortkomen uit eenzaamheid of zich onveilig voelen kunnen verminderen. Ook verwachten sommige initiatiefnemers mantelzorg beter te kunnen ondersteunen.

Er leven bij sommige zorgmanagers overigens nog wel vragen over de waarde van beeldcontact ten opzichte van fysieke aanwezigheid. Zit er qua beleving bij de cliënt verschil tussen aanwezigheid via het scherm en fysieke aanwezigheid van een verzorgende? Ook verandert zorg-op-afstand de rol van de verzorgende of verpleegkundige. Klaarstaan en hulp bieden wanneer nodig, wordt niet altijd meer fysiek ingevuld. Het kan ook via beeldcontact worden geboden en met behulp van technische hulpmiddelen geoptimaliseerd. Daarmee wordt de rol van verzorgenden meer begeleidend, adviserend en coördinerend.

2.3.2 Aard van de projecten

Twee soorten verwachtingen doen instellingen dus starten met zorg-op-afstand: deze vorm van zorg zou een meer vraaggestuurd en op zelfmanagement van de ziekte gericht zorgproces mogelijk maken, en ze zou een oplossing kunnen bieden voor het verwachtte arbeidsmarktprobleem.

Sommige organisaties noemen (bijkomstige) redenen, zoals het zien van kansen door subsidiemogelijkheden op provinciaal of op Europees niveau. In één geval was er meer directe noodzaak voor zorg-op-afstand, omdat ten tijde van nieuwbouw onvoldoende intramurale plaatsen aanwezig waren. Deze instelling koos er toen voor cliënten met een videoverbinding extramuraal te plaatsen.

De keuze om zorg-op-afstand te helpen ontwikkelen, is daarnaast in de meeste gevallen mede ingegeven door de wens om een innovatieve en lerende organisatie te zijn. Men wil zich zodoende voorbereiden op de toekomst en heeft de ambitie een koploper in de regio te zijn als het om ontwikkeling gaat. Bij de meeste organisaties heeft juist dit laatste motief, uiteraard naast de eerder genoemde verwachtingen, geleid tot het starten en ontwikkelen van projecten op het gebied van zorg-op-afstand. Dit hielden zij vol ondanks technische tegenslagen, een geringe financiële ruimte en de nodige organisatieperikelen. Sommige organisaties hebben door technische problemen nog geen volwaardige pilot met videocommunicatie kunnen toepassen (zie paragraaf 2.7. techniek). Soms is wel met andere vormen van zorg-op-afstand geëxperimenteerd, bijvoorbeeld met domotica of de 'health buddy' voor telebegeleiding van chronische zieken.

Ten tijde van de interviews verschilden de projecten in verschillende opzichten van elkaar. Een aantal organisaties heeft enkele tientallen aansluitingen, andere hebben er een paar honderd. In totaal waren bij tien thuiszorgorganisaties op de peildatum (november 2007) van het NIVEL-rapportage van de monitor zorg-op-afstand 1.125 cliënten aangesloten. Daarvan zijn 860 cliënten aangesloten op een videonetwerk. Van hen heeft 53% een indicatie heeft voor AWBZ zorg (61% persoonlijke verzorging, 30% verpleging). 256 cliënten krijgen telebegeleiding (Peeters, De Veer en Francke, 2008). Bij iedere organisatie zijn er echter plannen en ontwikkelingen om de pilot verder vorm te geven en vaak zijn er ook concrete (plannen voor) nieuwe projecten. De verwachting is dat aan het eind van 2008 1675 cliënten zijn aangesloten (Peeters, De Veer en Francke, 2008). Uit genoemde NIVEL-rapportage (Peeters, De Veer en Francke, 2008) nemen we hieronder schema 3.3 over met een omschrijving van de verschillende systemen bij 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 settop-box 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 thuiszorginstelling en/of met familieleden (mantelzorgers).
ORG3	De pilot is vanwege faillissement van een leverancier beëindigd. Het idee is nu dat alle klanten 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 klant vanaf het zorgportaal een verbinding opzetten met een mantelzorger.
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, mantelzorgers, leveranciers, huisartsen). Ook medewerkers van de thuiszorgorganisatie krijgen de TVfoon aangeboden.
ORG4c	Via een settop-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 patiënten met chronisch hartfalen, diabetespatiënten 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 een verpleegkundige van 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-goedenavonds-service').
ORG6	Via een settop-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 videonetwerk toegang tot een aantal mantelzorgondersteuningsprogramma's.
ORG7	Het standaardpakket voor cliënten bestaat uit personenalarmering en videocommunicatie via een settop-box op de televisie. Via het scherm kan ook contact worden gezocht met familie (mantelzorgers) en buurtgenoten. Als cliënten daar behoefte aan hebben worden ze op een vast tijdstip door de medewerker van de zorgcentrale gebeld ('goedemorgenservice').
ORG9	Cliënten kunnen via een settop-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.
ORG10	Via een op de televisie aangesloten settop-box en een camera kunnen cliënten beeldcontact maken met de zorgcentrale voor geplande en ongeplande zorg. Vanuit

welzijnspectief is contact met andere aangesloten cliënten en contact met familieleden (mantelzorgers) mogelijk.

Videocommunicatie wordt eventueel in combinatie met personenalarmering, domotica en woningaanpassingen aangeboden aan cliënten.

Het meest in het oog springen de verschillen in het zorgaanbod van de deelnemers aan het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand. De meeste zorgorganisaties selecteren op basis van hun expertise en financieringsmogelijkheden uit hun klantenbestand cliënten met een AWBZ-indicatie (verpleging/ verzorging), bij wie zorg-op-afstand een meerwaarde kan hebben. Met de tijdelijke beleidsregel 'experiment screen-to-screen zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kan de ontwikkeling van zorg-op-afstand door instellingen mede gefinancierd worden. Deze regeling bepaalt dat de cliënten aan de volgende voorwaarden moeten voldoen:

- de cliënt heeft een indicatie voor verpleging en/of persoonlijke verzorging en
- de cliënt heeft een ernstige chronische ziekte en
- heeft meerdere keren per week verpleging en/of persoonlijke verzorging nodig en
- regelmatig contact tussen zorgverlener en cliënt is noodzakelijk en
- de cliënt is niet opgenomen in een voor de functie verblijf toegelaten instelling.

De screen-to-screen-regeling is bedoeld voor activiteiten die liggen op het vlak van verpleging, persoonlijke verzorging, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding. Over het algemeen bestaat het aanbod in zulke gevallen uit de mogelijkheid tot het leggen van beeldcontact. Verschillend per project zijn de afspraken tot contact leggen die men met cliënten maakt. Soms wordt het contact altijd gestart vanuit de cliënt. Maar soms gebeurt dat ook vanuit de organisatie. Verder maakt men afspraken over hoe vaak er in ieder geval contact wordt opgenomen door de cliënt en over vaststaande contactmomenten om te kunnen beoordelen hoe het met de cliënt gaat ('goedemorgen-goedenavonds-service'). Vaak is er een combinatie met personenalarmering om veiligheid te kunnen garanderen. In veel gevallen is er ook een combinatie met automatische deurontgrendeling, zodat de deur op afstand geopend kan worden.

In de praktijk blijkt dat de groep cliënten met een AWBZ-indicatie voor verpleging of verzorging waarvoor zorg-op-afstand een meerwaarde heeft, maar een klein deel is van de voltallige cliëntenpopulatie. Enkele opmerkingen uit de interviews:

'Werven binnen het eigen cliëntenbestand met de harde eis van een indicatie voor verzorging/verpleging (zoals bedoeld in de beleidsregel) is complex. Cliënten met een chronische ziekte die meerdere malen per week zorg nodig hebben, vormen maar een beperkte groep. Bij ons gaat het dan om ongeveer 120 op de 2500 cliënten. Als je dan met de teams overlegt, valt 90 procent van de zorg af omdat dat lijfgebonden zorg is die niet op afstand kan worden gegeven. Dan heb je nog mensen die niet willen. Dan wordt het lijstje wel erg kort.'

'Er is gekeken naar de groep die in aanmerking zou komen gezien hun indicatie (verpleging en verzorging). Per locatie heeft een verpleegkundige naar die selectie gekeken en aangegeven bij wie het helemaal niet zou kunnen.

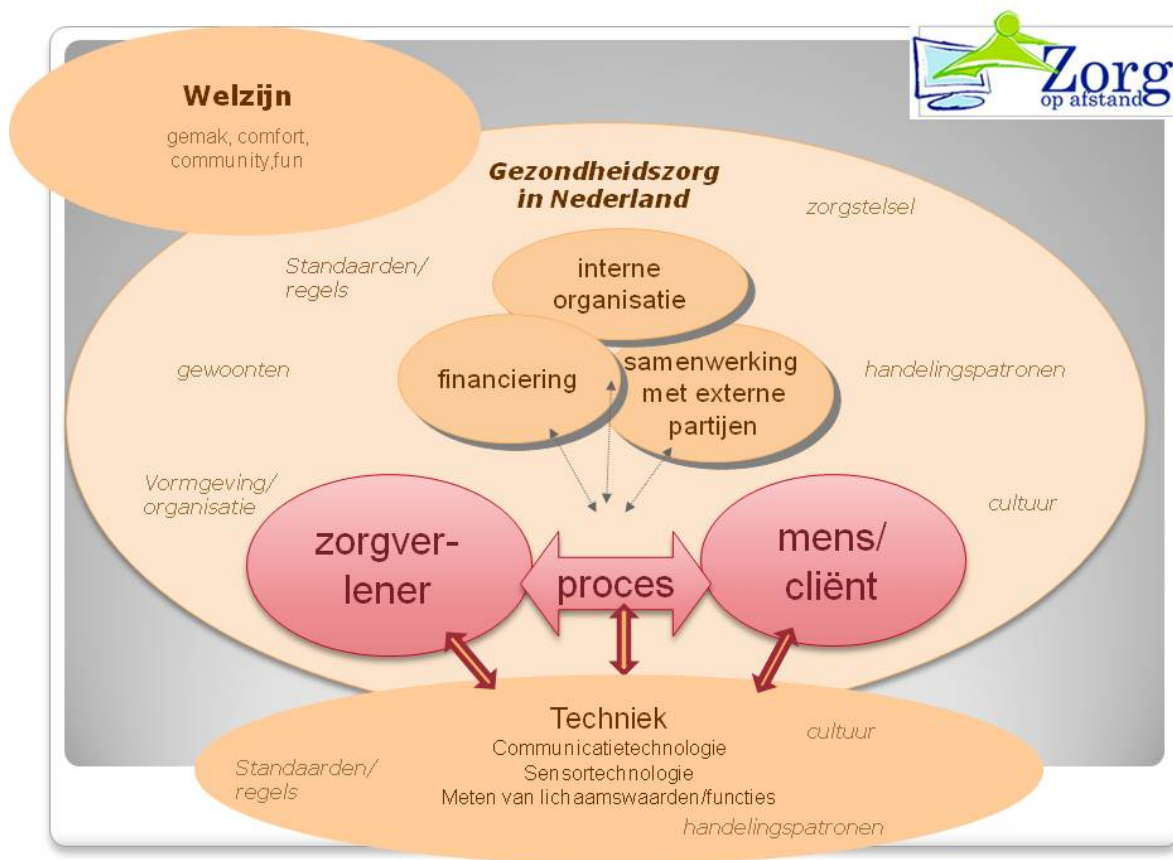
De rest is geïnformeerd met een informatiepakket dat door de verpleegkundige is afgegeven. Vanuit die groep was ongeveer 10 procent geïnteresseerd om iets met videocommunicatie te doen.'

Het is hierbij van belang op te merken dat bij de selectie van mogelijk geschikte cliënten onbekendheid en onervarenheid met de mogelijkheden van zorg-op-afstand bij deze groep een rol blijken te spelen.

Enkele organisaties hebben zich beperkt tot cliënten met een AWBZ-indicatie verpleging of verzorging en wilden met een controlegroep beoordelen of een videoverbinding meerwaarde heeft voor de cliënt of voor de zorgorganisatie (efficiency-winst) binnen het huidige aanbod. De meeste organisaties zijn zich echter ook gaan richten op een bredere doelgroep en een breder arrangement van diensten, gezien de mogelijkheden van videocommunicatie en het gewenste effect op de gezondheid. Er bestaat bij mensen-thuis namelijk vaak al een behoefte aan veiligheid en aan mogelijkheden tot sociaal contact, wanneer er nog lang niet altijd een zorgvraag is met een AWBZ-indicatie verpleging en verzorging. Organisaties verwachten dat de zorgvraag zal verminderen wanneer zij deze behoeften kunnen vervullen. En men stelt dat het verstandig is om in een vroeg stadium zorg-op-afstand in te zetten als er sprake is van een chronische ziekte, of een toenemende zorgvraag door veroudering of het bestaan van meervoudige problematiek. Zorg-op-afstand kan in dat stadium worden ingezet voor preventie en advies, maar voor de oudere doelgroep ook om zorg-op-afstand alvast een onderdeel te laten worden van de wijze van hulp vragen. Daarvoor is het immers nodig te leren omgaan met de techniek en deze ook leren te gebruiken.

De instellingen die zorg-op-afstand ook aanbieden buiten de groep met een AWBZ-indicatie, hebben in de projecten een verschillende rol. Soms zijn zij zelf de initiator en beheerder van een systeem, vaak gaat het om gezamenlijke initiatieven waarbij soms ook andere partijen de leidende rol vervullen. Zorg is een van de diensten waar cliënten gebruik van kunnen maken binnen een scala aan diensten (zie figuur 5). Uiteindelijk gaat het om een verhoging van kwaliteit van leven van de cliënt. Welzijn en zorg kunnen daarbij niet los van elkaar worden gezien. Met een brede ontwikkeling van zorg-op-afstand ontstaat een integratie van die twee domeinen. Dat is ook logisch vanuit de behoefte van de cliënt gezien. De medewerking van lokale partijen wordt door de managers van deze instellingen dan ook van belang geacht. Belangrijk is ook dat een breed initiatief gedragen wordt door de lokale gemeenschap.

Veel van de instellingen die kiezen voor een bredere aanpak hebben projecten opgestart (of doen mee aan projecten) die gericht zijn op gemeenschapsopbouw. Deze projecten worden uitgevoerd in samenwerking met lokale partijen. Deze partijen wisselen per project. Het kan gaan om welzijnsorganisaties, gemeenten, plaatselijke vrijwilligersorganisaties en eventueel lokale commerciële aanbieders. Het aanbod is gericht op sociaal contact, vrijetijdsbesteding, op de hoogte blijven van lokale gebeurtenissen, gemaks- en welzijnsdiensten (klussendienst/boodschappendienst et cetera), en daarnaast ook zorg.



Figuur 5: een brede aanpak van zorg-op-afstand

Een gering aantal organisaties kiest ten slotte (ook) voor een specifiek aanbod voor chronisch zieken of andere diensten in het kader van medische begeleiding/monitoring. Vaak hebben deze organisaties al contacten met het ziekenhuis of met huisartsen. De meest voorkomende arrangementen zijn gericht op begeleiding bij diabetes, hartfalen en COPD. Veel organisaties zien hier kansen liggen en zouden dit aanbod graag verder willen ontwikkelen. Als obstakel ziet men dat er vanuit de organisatie lang niet altijd contacten zijn met huisartsen en specialisten. Men schat in dat artsen het als bedreigend kunnen ervaren omdat een inkomensbron kan verdwijnen, of dat zij een deel van hun autonomie of verantwoordelijkheid denkt te moeten inleveren. Bovendien verwachten organisaties dat specialisten hoge eisen stellen aan het systeem.

Er zijn dus drie invoeringslijnen of invoeringssituaties zichtbaar:

1. Zorg-op-afstand realiseren voor cliënten met AWBZ-indicatie verpleging en verzorging;
2. ontwikkelen van een video- of communicatienetwerk met dienstenaanbod en ondersteuning voor de lokale gemeenschap;

3. zorg-op-afstand in de begeleiding, monitoring en preventie van mensen met (verhoogde kans op) specifieke aandoeningen.

Veel instellingen bewegen zich op meerdere invoeringslijnen. Bij elke invoeringslijn of invoeringssituatie horen specifieke diensten, vormen van financiering, samenwerking, technische eisen en vormen van werving. De eerste invoeringslijn is al verder ontwikkeld, de financiering is duidelijker en deze situatie is op dit moment gemakkelijker in te voeren dan de andere twee situaties. Situaties II en III zijn nog volop in ontwikkeling en er is nog tijd nodig om deze verder te ontwikkelen. In hoofdstuk 3 gaan we hier verder op in.

2.3.3 Voor wie heeft zorg-op-afstand meerwaarde?

Het oordeel of zorg-op-afstand voor een bepaalde cliënt van toegevoegde waarde kan zijn, blijkt in de praktijk niet alleen afhankelijk van het ziektebeeld. Het is daarnaast afhankelijk van persoons- of omgevingskenmerken.

In ons onderzoek worden de volgende zaken het meest genoemd:

Cliënten die zich onveilig voelen, eenzaam zijn, veraf wonen, onrustig of onzeker zijn, niet zelf de deur uit kunnen, geen mantelzorger hebben, kinderen/kleinkinderen hebben die ver weg wonen. Andere zaken: mantelzorgers die zelf enthousiast zijn en zorg-op-afstand van meerwaarde vinden, mantelzorgers van dementerenden, cliënten met een ongeplande zorgvraag, psychiatrische/psychosociale kenmerken, gehandicapten.

Bij chronische ziekten als COPD, hartfalen of diabetes wordt zorg-op-afstand door de initiatiefnemers zeer geschikt geacht voor preventie, advies en ter ondersteuning van het ziektemanagement. Maar ook daar blijkt dat zorg-op-afstand niet voor iedereen nodig of wenselijk is. Zorg-op-afstand heeft volgens de geïnterviewden vooral meerwaarde in de periode na de diagnose als mensen leren met hun ziekte om te gaan of als de aandoening weinig stabiel is (fluctueert of gestaag verergert). Ook ziet men meerwaarde wanneer mensen zelf onzeker zijn en graag extra controle willen of als zij niet in staat zijn zelf hun ziekte te managen.

Veel instellingen proberen de meerwaarde voor cliënt en voor de zorgorganisatie te onderzoeken op basis van praktijkervaring binnen de experimenten. Er is nog onzekerheid over mogelijke doelgroepen. Het rapport van Nouws (2008) beschrijft een aantal arrangementen aan de hand van zorgdoelen, en dit dient voor instellingen als inspiratiebron.

Er is nog veel te leren over het ontdekken van mogelijke doelgroepen voor zorg-op-afstand en van mogelijke behoeften waaraan deze vorm van zorg kan voldoen. Deelnemende organisaties zien kansen bij terminale begeleiding, waarbij de techniek zeer betrouwbaar moet zijn. Verder ziet men kansen voor kortdurende revalidatie vanuit het ziekenhuis, waarbij de techniek snel geïnstalleerd moet kunnen worden. Ook het geven van begeleiding bij psychosociale problemen acht men kansrijk. En zorg-op-afstand biedt mogelijkheden voor een aanbod dat past bij de diversiteit van onze multiculturele samenleving.

Gezien de ontwikkeling naar brede woon-welzijn-zorgarrangementen, is de meest efficiënte inzet van zorg-op-afstand niet een *stand-alone*-aanbod voor 'zieke' mensen, maar een omvattende aanpak om het welbevinden en de gezondheid van mensen te bevorderen binnen een breed arrangement van andere (welzijns)diensten.

2.3.4 De rol van verzorgenden en verpleegkundigen

Weerstand

Onder de verzorgenden en verpleegkundigen bestaan weerstanden tegen zorg-op-afstand. Zij zien het soms als een verdere bezuiniging, die een verschraving van zorg met zich meebrengt. Ook zijn er verzorgenden en verpleegkundigen die op zich positief zijn en die de voordelen van zorg-op-afstand voor de cliënt zien. Zij geven aan dat de cliënt er weliswaar baat bij zou kunnen hebben, maar dat deze toch in eerste instantie meer basale zorg nodig heeft die hij of zij nu niet krijgt. Binnen de beroepsgroep bestaat daarnaast over het algemeen weerstand tegen techniek. De geïnterviewde managers geven aan dat het per team erg verschilt hoe groot de weerstand is. Velen zijn in de teams geweest om voorlichting te geven en te discussiëren over zorg-op-afstand. Men geeft aan dat het veel uitmaakt wat een collega-verzorgende ervan vindt. Wanneer er één of twee in een team erg negatief zijn, is het heel moeilijk om de stemming ten positieve te doen omslaan. Sommige managers geven aan dat het ook te maken heeft met de cultuur van het team. Ook kan er bijvoorbeeld verschil zijn tussen stad en platteland. Als men over het algemeen niet erg veranderingsgezind is, dan is men sneller negatief.

Ervaring krijgen met zorg-op-afstand en in de praktijk het positieve effect voor de cliënt zien, doet de weerstand verminderen. Een manager verwoordt het zo:

'De grootste tegenstanders worden bij het ervaren van een succescase de fanatiekste voorvechters voor zorg-op-afstand.'

Op de bijeenkomst, die begin 2008 plaats vond met verpleegkundigen en verzorgenden, bleek dat het zinvol is om de ontwikkeling van zorg-op-afstand te plaatsen in de historische context van een voortdurende technologische ontwikkeling, de invloed daarvan en vooral ook de mogelijkheden voor de zorg. Het plaatsen in de historische context neemt het gevoel weg dat zorg-op-afstand iets totaal nieuws is en 'gewoon' een bezuinigingsmaatregel is.

Verhoging arbeidsatisfactie

Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen zorg-op-afstand ook heel positief zien. Vooral als het een meerwaarde geeft voor de cliënt en voor het zorgproces. Tijdens de bovengenoemde bijeenkomst gaven verpleegkundigen en verzorgenden aan dat het met zorg-op-afstand mogelijk is om vaker contact met mensen op te nemen. Je kunt bijvoorbeeld in plaats van lang aanwezig zijn een paar keer wat korter contact hebben. De arbeidssatisfactie zou volgens deze positieve verpleegkundigen en verzorgenden verhogen als een deel van de efficiencywinst van zorg-op-afstand ook gebruikt kon worden om meer contacttijd te hebben.

Zorg-op-afstand geeft meer mogelijkheden om de cliënt beter te volgen en er te kunnen zijn wanneer dat nodig is. De verpleegkundigen en verzorgenden zien het 'aanwezig zijn' en helpen wanneer nodig als één van de essenties van hun beroep. Er leven soms nog wel inhoudelijke vragen, bijvoorbeeld in hoeverre beeldschermcontact het *face-to-face* contact kan vervangen.

Zorg-op-afstand geeft meer afstemmingsmogelijkheden tussen zorgverlener en zorgvrager. Het biedt mogelijkheden tot flexibilisering van het zorgverleningproces. Dat vraagt wel dat de organisatie haar verzorgende medewerkers meer mogelijkheden geeft zelf hun tijd te kunnen indelen (plannen). Ook moet er bij de integratie van zorg-op-afstand in het reguliere zorgproces een accurate informatie-uitwisseling zijn tussen de zorgcentralist en het verzorgende of verplegende team (de zorgcentralist wordt eigenlijk onderdeel van het team). Ook is het een optie dat de zorg-op-afstand vanuit het team wordt verleend. Een deel van de verzorgenden en verpleegkundigen geeft aan dat zij het waarschijnlijk prettig zouden vinden dat er een combinatie zou zijn van zorg-op-afstand en zorg thuis. Degene die thuis komt, zou dan ook via het beeldscherm bereikbaar zijn.

De mogelijkheden die zorg-op-afstand biedt voor meer preventie en begeleiding en monitoring van chronische ziekten, geeft kansen voor het beroep van verzorgende of verpleegkundige: meer variatie, grotere kennisontwikkeling en mogelijkheden tot specialisatie.

Mogelijkheden uitbreiding deelname arbeidsproces

Tijdens de interviews en tijdens de bijeenkomst, die begin 2008 werd gehouden met verpleegkundigen en verzorgenden, gaven de projectmanagers maar ook de verpleegkundigen en verzorgenden aan dat zorg-op-afstand mogelijkheden biedt voor de re-integratie of het behouden van ervaren verpleegkundigen met fysieke problemen. Daardoor gaat kennis niet verloren en kunnen meer verzorgenden en verpleegkundigen actief blijven.

Daarnaast geeft zorg-op-afstand mogelijkheden tot flexibilisering qua tijd en plaats. Als zorgverleners ook vanuit huis zorg-op-afstand kunnen verlenen en zelf met de cliënt de tijden van zorgverlening kunnen afstemmen, geeft dit meer mogelijkheden om het beroep met eventuele zorgtaken thuis te combineren.

Tegemoetkoming aan de genoemde kansen om de deelname aan het arbeidsproces te verhogen, vraagt om een andere organisatie. Instellingen moeten nadenken over de plaats en functies van de zorgcentrale, de organisatie van de teams en de inbedding van zorg-op-afstand in het zorgproces. Deze aspecten komen in de paragraaf 2.4 aan de orde.

2.4 Interne organisatie

2.4.1 Inbedding in het reguliere zorgproces

Veel instellingen werken aan de inbedding van zorg-op-afstand in het zorgproces. Men wil de stap zetten van project naar reguliere zorg, en ziet graag dat iedereen zorg-op-afstand op het netvlies krijgt. Ook moet het onderdeel worden van de anamnese. Veelal hebben deelnemende organisaties voorlichtingsbijeenkomsten gehouden in zorgteams. Vaak probeert men de inbedding te bevorderen door samenwerking met de teammanagers. De ervaring is dat de mate waarin deze managers zorg-op-afstand positief zien, afhankelijk is van een aantal zaken. Zo is het van belang dat binnen het team niet een aantal verpleegkundigen of verzorgenden zich continu negatief uitlaten over deze innovatie. Zij trekken dan vaak het hele team mee. Daarnaast helpt een concreet, positief voorbeeld, en de aanwezigheid van verzorgenden die zelf een positieve ervaring hebben met zorg-op-afstand. Belangrijk is zorg-op-afstand in te bedden in het scholingsprogramma van de instelling. Ook moet men verzorgenden en verpleegkundigen actief laten meedenken in de ontwikkeling van zorg-op-afstand, over de vraag voor wie het geschikt zou zijn en over de uitbreiding van toepassingsmogelijkheden.

De inbedding in de organisatie kan kansen en bedreigingen geven. Als het goed verloopt, zou zorg-op-afstand gewoon een onderdeel van het zorgproces moeten worden. Zorgverlening bestaat bij een cliënt uit fysieke zorg in combinatie met zorg-op-afstand. Dat vergt verandering van de anamnese, van de zorgplannen, de planning van de zorg en de organisatie daar omheen.

De bedreigingen zijn voornamelijk dat zorg-op-afstand een project buiten de organisatie blijft. En dat de mogelijkheden van zorg-op-afstand onvoldoende worden benut, door weerstanden of ontbrekende ervaring en kennis.

2.4.2 Strategieën

Wanneer we de stand van zaken bij de zorgorganisaties van het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand onderling vergelijken, dan blijkt dat men het meeste leert en ontwikkelt als de organisatie een strategie hanteert die bij ontwikkelen en leren past. Men start met een project. Van daaruit kijkt men hoe het werkt en wat er mis gaat. Men past dan het project aan of start een ander vervolgproject, waarin nieuwe zaken worden uitgetoetst en het geleerde van de eerdere ervaringen wordt meegenomen.

De techniek moet uiteraard wel werken, en betrouwbare techniek geeft de meeste mogelijkheden tot experimenteren en leren. Maar men hoeft niet te wachten op 'perfecte techniek'. Sommige instellingen zeggen: *'Nu gebruik ik deze techniek, maar straks is misschien een andere weer beter. Ik kan in ieder geval voor deze fase weer vooruit.'* Of men heeft verschillende projecten lopen die gebruik maken van verschillende technieken. Zo kan de organisatie bepalen wat goed werkt, en tegelijk leren hoe het zorgproces erdoor verandert of zou moeten veranderen. Belangrijk is zich te realiseren dat de mogelijkheden van zorg-op-afstand nog in ontwikkeling zijn, zowel op zorginhoudelijk gebied als op technisch gebied. Een 'totaaloplossing' is er (nog) niet.

De ontwikkeling van video- of communicatienetwerken voor lokale gemeenschappen kan meehelpen (zie hiervoor onder 2.3.2.) in de ontwikkeling van zorg-op-afstand. Lokale herkenbaarheid en bekendheid worden dan gebruikt om het draagvlak voor zorg-op-afstand te vergroten.

Inhoudelijk is een verschuiving zichtbaar naar meer keuze voor de cliënten. In de beginfase was vaak alleen videocontact met de zorgcentrale mogelijk. Door de uitbreiding naar bredere arrangementen komen er meer keuzemogelijkheden voor welzijnsdiensten. Die verschuiving naar meer keuze is ook nodig wanneer men beter wil aansluiten bij de behoeften van de cliënt en vraaggestuurde zorg wil stimuleren.

Er wordt bij de instellingen verschillend omgegaan met privacy, bijvoorbeeld als het gaat om de vraag of mensen alleen zelf beeldcontact kunnen opnemen of dat dit ook vanuit de zorgcentrale of zorgverlener kan gebeuren. Wanneer de zorgverlener contact kan opnemen, zijn er vaak vaste afspraken met de cliënt (bijvoorbeeld voor monitoring 's nachts) of wordt er eerst een geluidssignaal verstuurd waarop de cliënt zelf kan beslissen of hij of zij beeldcontact maakt. Een instelling die heel strakke privacyregels hanteerde (waarbij de cliënt alleen zelf contact mocht opnemen) schatte in dat dit remmend heeft gewerkt in het gebruik van het systeem en de ontwikkeling van het project.

Volgens de geïnterviewden is het leren omgaan met de techniek belangrijk. Men is van mening dat regelmatig gebruik nodig is om de cliënten eraan te laten wennen. Daardoor wordt het een reguliere vorm van hulp vragen. Een stimulans voor dit gebruik is belangrijk. Instellingen geven daar op verschillende wijze vorm aan, bijvoorbeeld door vaste afspraken voor contact, 'goedemorgen-goedenavonds-service' en verschillende begeleidingsprogramma's vlak nadat de techniek is geïnstalleerd. Eén instelling heeft naast een alarmknop ook een *social talk*-knop, om schroom die er nog al eens is om de apparatuur te gebruiken voor een praatje te overwinnen.¹⁰

2.4.3 Een andere organisatie van zorg?

In de interviews is bij een aantal instellingen naar voren gekomen dat er op het niveau van de instelling als geheel een aantal wijzigingen noodzakelijk zijn, wanneer men maximaal gebruik wil maken van de mogelijkheden van zorg-op-afstand met videocommunicatie. Zorg-op-afstand kan een belangrijke ondersteuning zijn in het optimaal vraaggestuurd werken, en dat heeft consequenties voor de zorgorganisatie. Er is veel onzekerheid over hoe de zorg er in de toekomst uit gaat zien, welke vorm zorg-op-afstand zal gaan krijgen, en of de verwachte veranderingen ook daadwerkelijk gaan plaatsvinden. Wat voor invloed zullen die veranderingen hebben op de zorgorganisaties zoals ze nu zijn?

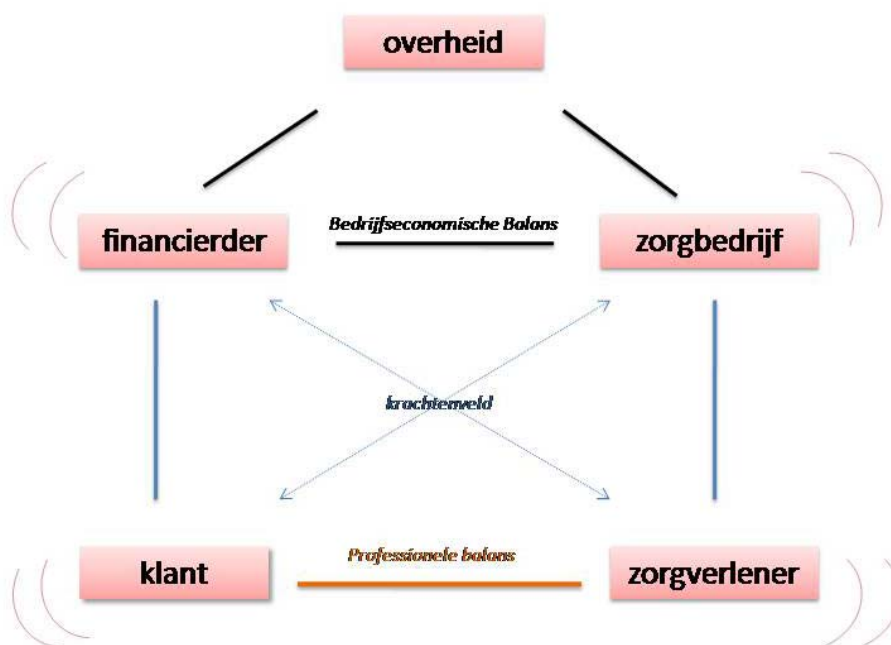
¹⁰ Overigens blijkt uit de monitorrapportage van het NIVEL dat cliënten het hebben van het systeem belangrijk vinden ook al maken ze er weinig gebruik van. Het geeft een gevoel van veiligheid, wanneer het nodig is kan ik iemand bereiken.

'Hoe alles er over vijf tot tien jaar uitziet, durf ik niet te zeggen. Welke betekenis het heeft voor de organisatie en wat de uitbreidingsmogelijkheden zijn met betrekking tot bijvoorbeeld scholing en planning? Er zijn nog zoveel lijnen die je verder kunt ontwikkelen.'

'Het kost nu nog veel geld, techniekkosten en ontwikkelkosten. Het is een moeilijk verhaal, omdat het verloop van de ontwikkeling nog onduidelijk is. Ik heb behoefte aan duidelijkheid waar het heen kan gaan. Wat zijn de kosten van zorgverandering?'

Sommige managers voorzien een andere rol voor de zorgorganisaties:

'Op dit moment wordt er teveel gereguleerd in de bovenste driehoek (zie figuur 6). De overheid stuurt de financier aan via de zorgverzekeringswet, en het zorgbedrijf wordt aangestuurd via de AWBZ. De financier bespreekt de te verlenen zorg met het zorgbedrijf, maar dit is alleen gericht op productie. De beweging moet worden verplaatst naar de relatie klant-zorgverlener. Het zorgbedrijf zou daarop moeten anticiperen door een soort franchiseorganisatie te worden door waar nodig zorgproductiepersoneel in te huren (die als ZZP'er werkzaam zijn). Het zorgbedrijf wordt een middenorganisatie die via internet met het aanbieden van easy-zorg bereikbaar is en de voorzieningen kan leveren die voorwaardelijk nodig zijn voor het zorgproces. Dit vergt echter een andere organisatie van het totale zorgsysteem. De vraag is: wat zijn de radertjes om aan te draaien om stappen te zetten?'



Figuur 6: het krachtenveld in de zorg

Bij instellingen die meer in de beginfase staan, is grotere behoefte aan kennis over welke richting het op kan gaan, zodat zij strategische keuzes kunnen maken met betrekking tot experimentele projecten. Bij instellingen die al een systeem hebben draaien, is deze behoefte er ook. Maar daar is er een meer 'bottom up'-benadering zichtbaar van het uitproberen van verschillende toepassingen van zorg-op-afstand en van verschillende vormen van samenwerking met andere partijen. Deze benadering is ook mogelijk doordat er in deze instellingen inmiddels een betrouwbaar systeem aanwezig is.

2.4.4 Zorgcentrale

Op dit moment hebben enkele zorgorganisaties een eigen zorgcentrale die voortdurend (24/7) bemenst is. Deze wordt vaak ook gebruikt voor andere zaken, bijvoorbeeld personenalarmering. Bij één zorgcentrale voor één zorgorganisatie bestaat er overcapaciteit; vaak functioneert de zorgcentrale voor een aantal organisaties. Om het middel van de zorgcentrale volledig te benutten om op de zorgvraag in te kunnen gaan, is volgens enkele van de geïnterviewde projectmanagers concentratie van belang. Niet iedere instelling heeft, volgens deze managers, zelf een zorgcentrale nodig, al was het maar omdat de kosten dan ook te hoog worden. Samenwerking kan worden opgezet op dezelfde wijze als die rond personenalarmering tussen thuiszorgorganisaties plaatsvindt. Men zou, aldus deze managers, gebruik kunnen maken van één zorgcentrale (per regio) waar alle techniek en processen zijn samengevoegd. Daarbij zijn verschillende scenario's denkbaar voor de rol van zorginstellingen, voor de te kiezen vormen van samenwerking, voor de rol van het zorgkantoor en van de overheid.

Bij de meeste organisaties is 'zorgcentralist' een aparte functie; zij werken alleen op de centrale. Dit heeft als bijkomend voordeel dat er mensen geplaatst kunnen worden die veel ervaring hebben maar die door fysieke problemen het vak van verpleegkundige of verzorgende niet meer kunnen uitoefenen. Men schrijft de zorgcentralist specifieke vaardigheden toe, zoals goed en snel kunnen inschatten van de situatie, veel zaken tegelijk kunnen doen, en organisatietalent. Toch zijn de managers die betrokken zijn bij zorg-op-afstand vaak nog bezig om zicht te krijgen op wat nu specifieke eisen en vaardigheden zijn die bij het beroep zorgcentralist horen.

Bij enkele organisaties zitten zorgverleners die zowel bij de mensen thuis komen als ook werken bij de zorgcentrale. Het werk op de centrale wordt dan afgewisseld met het werk in de wijk. De betreffende medewerkers geven aan dit prettig te vinden. Voor hun gevoel kunnen zij daardoor beter een inschatting van situaties maken, omdat ze bij de mensen thuis zijn geweest.

Op dit moment loopt het beeldcontact nog vaak via de zorgcentrale. In de toekomst zien managers ook wel de mogelijkheid ontstaan dat cliënten direct contact kunnen opnemen met het eigen zorgteam of met een specialistisch verpleegkundige. Dat vergt echter wel een goede inbedding van zorg-op-afstand in het zorgproces. Een dergelijke aanpak zou goed kunnen passen in zelfsturende (zelfplannende) teams.

2.4.5 Werving

De werving voor de verschillende experimentele projecten is verschillend. Wanneer het project gericht is op de cliënten binnen het eigen bestand, dan gaat werving vaak gepaard met een huisbezoek vanuit de zorgorganisatie. Soms start men de werving al gelijk met de anamnese – daar streeft men naar voor de inbedding in het zorgproces – soms apart. Er wordt veel energie gestoken in de instructie en de ondersteuning van het gebruik.

Bij één organisatie gaf men aan dat werving door het eigen team minder goed werkte dan een werving door iemand die er apart voor komt en daarvoor is opgeleid (een 'relatiebeheerder'). Teamleden hadden aangegeven dat men door de al bestaande zorgrelatie het gevoel had minder overtuigend te kunnen zijn. Het is gemakkelijker om vanaf het begin te starten met zorg-op-afstand dan later, wanneer mensen al in het zorgproces zitten.

Bij specifieke arrangementen voor chronische zieken start de aangeboden monitoring vaak op verwijzing van arts, specialist of gespecialiseerd verpleegkundige.

Bij projecten die gericht zijn op brede lokale videonetwerken, wordt vaak reclame gemaakt in plaatselijke media en stuurt men berichten vanuit de zorgorganisatie. De potentiële klanten worden genodigd op een informatiebijeenkomst, waarna men verder gaat met de mensen die na afloop daarvan nog steeds geïnteresseerd zijn.

2.5 Externe organisatie

2.5.1 Samenwerking met andere zorgorganisaties en zorgprofessionals

Samenwerking in de ontwikkeling

Omdat de zorginstellingen merken hoe moeilijk het is om zorg-op-afstand zelf van de grond te krijgen, ontstaat er meer onderlinge samenwerking. In het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand is in de loop van de tijd meer openheid ontstaan, waardoor men meer ondersteuning van elkaar ondervindt. Ook worden coalities zichtbaar voor content-ontwikkeling en gezamenlijke inkoop.

De marktwerking en de daardoor ontstane concurrentie maken samenwerking overigens niet makkelijker. Er zijn verschillende vormen van samenwerking, variërend van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor bepaalde ontwikkelingen, het (gezamenlijk) inkopen van zorgcentralecapaciteit, of het inkopen van een reeds ontwikkeld systeem bij een andere zorgorganisatie.

Samenwerking in de projecten

De meeste managers geven aan dat men het gemakkelijker vindt om samenwerking te zoeken met partijen op het gebied van andere diensten (zoals in het welzijn-wonen-zorg-arrangement) dan met verschillende partijen binnen de zorg (zoals bij ketenzorg rond een chronische ziekte).

Bij een zorginstelling die samenwerkt met een andere thuiszorgorganisatie, wordt opgemerkt dat het veel tijd kost om vertrouwen te winnen en op één lijn te komen.

Vaak wordt genoemd dat men het moeilijk vindt met huisartsen een project op te starten, omdat men weinig contact heeft met huisartsen. Ook ervaart men vanuit de thuiszorgorganisaties dat huisartsen vaak zo moeilijk te bereiken zijn voor dit soort initiatieven. De managers schatten in dat huisartsen terughoudend zijn omdat zij andere belangen hebben. Bij de inzet van zorg-op-afstand kan de thuiszorg zorg verlenen die anders bij de huisarts zou plaatsvinden. Dat voor inkomensderving kan zorgen, maar ook voor een verschuiving van de verantwoordelijkheden. Daarnaast worden vaak de specialisten genoemd als te verwachten moeizame partners in zorg-op-afstand, omdat men verwacht dat specialisten te hoge eisen stellen.

In een enkel geval vindt er overigens wel degelijk samenwerking plaats met specialisten en huisartsen. De meeste managers denken dat juist met deze gezamenlijk opgezette vormen van zorg-op-afstand de meeste winst geboekt kan worden, zowel financieel als kwaliteitswinst. Voorwaarde is dan wel een en ander goed te organiseren. Men ziet de ontwikkeling van specifieke arrangementen voor preventie en begeleiding van chronische zieken zeker ook als een kans.

2.5.2 Samenwerking met andere partijen

De samenwerking met andere partijen bij de ontwikkeling van arrangementen, verkeert doorgaans nog in een prille fase. Te denken valt aan welzijn, vrijwilligersorganisaties en commerciële partijen. Men verwacht dat bij verdere uitbouw van die samenwerking de verschillende belangen moeilijkheden kunnen opleveren. De vraag is hoe de verantwoordelijkheden worden gedeeld, hoe de financiële stromen gaan lopen en wie de regie gaat voeren.

De samenwerking van zorgorganisaties met andere partijen geeft kansen om een integraal aanbod te bieden, risico's te spreiden, grotere klantgroepen te bereiken en meer draagvlak te creëren. De ervaring is dat de samenwerking van verschillende zorginstellingen binnen één organisatie ook kansen biedt voor diverse ontwikkelingen van zorg-op-afstand. Wanneer in de organisatie ook een ziekenhuis betrokken is of er al veel bestaande contacten zijn met ziekenhuizen, dan ziet men sneller mogelijkheden voor ontwikkelingen die gericht zijn op brede zorgarrangementen. Denk bijvoorbeeld aan begeleiding en ondersteuning van zelfmanagement door chronische zieken, terminale thuiszorg en mogelijkheden om eerder thuis te revalideren. Wanneer er fusies of sterke contacten zijn met welzijnsorganisaties, is er vaak verbreding zichtbaar naar wonen-welzijn-zorgarrangementen.

Naast de onzekerheid over hoe de verdeling van verantwoordelijkheden, kosten en baten gaat plaatsvinden, vraagt men zich af welke rol de zorgorganisatie zelf moet of wil gaan spelen. De projectmanagers geven aan dat vanuit de zorg vaak hogere eisen worden gesteld aan de kwaliteit van het videonetwerk wat betreft de betrouwbaarheid van de techniek (liefst 100% betrouwbaarheid en mogelijkheid tot hoge piekbelasting) en wat betreft de beveiliging van de gegevens in verband met privacy.

2.5.3 Aansluiten bij andere projecten

Videocommunicatie is een ontwikkeling die past bij ontwikkelingen in de zorg, zoals zo lang mogelijke zelfstandig wonen, vraaggestuurd werken, wijkgericht werken, en ondersteuning van mantelzorg en vrijwilligers. Zo ontstaan er kansen door zorg-op-afstand te combineren met en te integreren in andere projecten en ontwikkelingen. Bij sommige organisaties zijn ontwikkelingen zichtbaar om te komen tot medische wijkcentra. Daarin kan videocommunicatie helpen om gemakkelijk contact te krijgen met het wijkcentrum. Vanuit dat wijkcentrum kan ook zorg-op-afstand geleverd worden. Er zijn eveneens projecten voor *community-building* (zoals de zogeheten *smart caring communities* in Friesland) en projecten om vraaggestuurd werken te stimuleren, waarbij het onderscheid tussen intramuraal en extramuraal komt te vervallen. Ook daarbij zou videocommunicatie een rol kunnen spelen.

2.6 Financiering

2.6.1 Financiële verschraving

De veranderingen in de zorg, de vermindering van de budgetten en de overheveling van de huishoudelijke zorg naar de Wmo geeft veel financiële druk bij de thuiszorgorganisaties. Thuiszorgorganisaties kunnen zich geen financiële risico's permitteren. Eigen reserves zijn er niet meer of zijn sterk verminderd. Er is dus vanuit de zorgorganisatie zelf weinig financiële ruimte om te experimenteren. Het is daarom des te bewonderenswaardiger en het stemt bovendien hoopvol dat er zorgorganisaties zijn die ook in deze financieel moeilijke tijden energie, tijd en geld steken in de ontwikkeling van zorg-op-afstand.

2.6.2 Tijdelijke regelingen

Beleidsregel Experiment screen-to-screen zorg

Voor de financiering van zorg-op-afstand kan gebruik gemaakt worden van drie beleidsregels, vastgelegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Een van de beleidsregels is de beleidsregel CA-197: Experiment screen-to-screen zorg. De huidige beleidsregel is geldig van 1 juli 2007 tot en met 30 juni 2010, en is een vervolg op beleidsregel CA-123. De beleidsregel Experiment screen-to-screen zorg houdt in dat door de NZa toegelaten zorgaanbieders – naast de in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale Zorgprestaties opgenomen screen-to-screen contacten – voor een op screen-to-screen contacten aangesloten cliënt vier uur per maand mogen declareren tegen het tarief verpleging basis (H104) zoals overeengekomen bij de productieafspraken.

In het begin van de ontwikkeling van zorg-op-afstand is deze beleidsregel een stimulans geweest. Maar deze positieve stimulans is omgeslagen in een bedreiging. De regeling wordt door de organisaties ervaren als 'een sigaar uit eigen doos', omdat bij veel zorgkantoren de extra uren binnen het productieplafond van de instelling moeten vallen. Aangezien er (bijna) geen ruimte is tussen de productie van de instellingen en het voor hen geldende productieplafond, gaat de ontwikkeling van zorg-op-afstand voor hen ten koste van de andere productie.

Er zijn zorgkantoren die de uren wel bovenop de productie-uren van de instelling verstrekken. Zij trekken de uren af van het totale regiobudget.

Bij de instellingen leven onzekerheden over de betaling van eigen bijdrage door de cliënten over de vier te declareren fictieve zorguren. Zorgkantoren en instellingen gaan hier verschillend mee om. ActiZ gaat uit van het standpunt dat het niet rechtsgeldig is om over fictieve zorguren een eigen bijdrage te heffen.

Ten slotte geeft ook de tijdelijkheid van de beleidsregel onzekerheid. Managers vragen zich af hoe de regeling eruit gaat zien na 2010.

Beleidsregel Zorginfrastructuur

De beleidsregel zorginfrastructuur (CA-259 vanaf 1 januari 2008, daarvoor CA 162) is mede van toepassing voor de financiering van technologische voorzieningen ten behoeve van het leveren van niet-planbare zorg op afroep met een hoge frequentie. Een zorgaanbieder kan gezamenlijk met het zorgkantoor een aanvraag volgens deze beleidsregel indienen. De kosten in het kader van de zorginfrastructuur worden alleen aanvaard indien voor die kosten geen vergoeding op basis van andere beleidsregels van toepassing is.

De regeling werkt op zich goed. De beleidsregel zal echter in de toekomst verdwijnen. Huisvestingslasten (en technologie-investeringen) zullen niet langer op nacalculatiebasis verrekend mogen worden, maar er wordt een huisvestingscomponent in de tarieven verdisconteerd. Er is nog geen duidelijkheid over de omvang van de tarieven en een eventueel overgangsregime naar de nieuwe situatie. Ook bestaat onzekerheid over hoe er dan wordt omgegaan met nog bestaande afschrijvingen.

Beleidsregel Extramurale Zorg

Dit is de reguliere beleidsregel voor extramurale zorg (CA-289). Hierin is screen-to-screen zorg toegestaan als wijze van zorgverlening. De hoeveelheid geleverde zorg kan via deze regeling gedeclareerd worden, ongeacht of deze zorgverlening fysiek of via het scherm heeft plaatsgevonden.

2.6.3 AWBZ-productieplafond

Het productieplafond binnen de AWBZ is niet alleen problematisch binnen de screen-to-screen regel, maar is in het algemeen remmend voor innovatie. De efficiencywinst die behaald kan worden door zorg-op-afstand – of welke innovatie dan ook – kan niet omgezet worden in productiviteitswinst. Door zorg-op-afstand kan een zorginstelling meer zorg leveren met minder mensen. Dit is een positieve ontwikkeling wanneer men kijkt naar de toekomstig groeiende zorgvraag en het verwachte tekort aan zorgverleners. Maar wanneer men niet méér mag gaan doen in verband met de grens aan de productie, kan men de winst niet innen. In het ergste geval zou men zelfs medewerkers moeten ontslaan om dat wel te kunnen doen. Daartoe zijn de zorgorganisaties niet bereid, mede omdat men verwacht binnen enkele jaren deze zorgverleners hard nodig te hebben.

Voor innovaties hangt dus veel af van het wel of niet handhaven van het productieplafond. Zal het productieplafond meegroeien met de zorgvraag? In hoeverre zullen beslissingen op dit vlak de ontwikkeling van innovaties als zorg-op-afstand remmen?

2.6.4 Kosten en baten: businesscases

De kosten en de baten van de ontwikkeling van zorg-op-afstand komen, volgens de projectmanagers, terecht op andere plaatsen, die binnen het huidige zorgstelsel ook op een andere wijze gefinancierd worden. Wanneer via een goede begeleiding met zorg-op-afstand een ziekenhuisopname wordt voorkomen, dan zijn er extra kosten in de thuiszorg – zij leveren immers zorg die ze eerder niet leverden. De thuiszorg krijgt te maken met hogere kosten terwijl de totale kosten van zorg voor deze cliënt sterk dalen omdat dure ziekenhuisopname niet plaats hoeft te vinden. De vrijkomende gelden worden echter niet mee overgeheveld naar de thuiszorg. De winst komt elders in de zorg terecht.

Voor de ontwikkeling van brede arrangementen zijn de verschillende financieringsstromen waarmee één arrangement te maken kan hebben – denk aan de AWBZ, de ziektekostenverzekering, Wmo en eigen bijdrage – niet stimulerend. Het behoeft dus nog verdere ontwikkeling om te beoordelen hoe de financiering er uiteindelijk het beste uit kan zien. Zowel binnen de werkgroep financiering van het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand als in het kader van het Transitieprogramma in de Langdurige Zorg (waar zowel het totale netwerk als twee zorginstellingen uit het netwerk onder vallen) is men bezig met het ontwikkelen van businesscases. De zorgverzekeraars spelen hierbij ook een rol, bijvoorbeeld in de financiering van arrangementen voor de begeleiding van de chronisch zieken, maar eventueel ook bij de financiering van meer preventie- en welzijnsdiensten in een aanvullende verzekering.

2.6.5 Experimenteerruimte

De managers hebben behoefte aan vrije experimenteerruimte. Zij geven aan dat het logisch en goed zou zijn als daarbij bepaalde grenzen (aantallen) en eisen worden gesteld (bijvoorbeeld substitutie, aan te tonen met onderzoek). Om zoveel mogelijk te kunnen werken aan de mogelijkheden van zorg-op-afstand om tot een relatieve vermindering van de professionele zorgvraag (door ondersteuning van een beter welbevinden, zelfmanagement, preventie, en steun aan mantelzorgers en vrijwilligers), er vrijheid moet zijn om te kunnen experimenteren met verschillende doelgroepen.

2.6.6 De toekomst: passende financiering van vraaggestuurd werken

Bij goed geïntegreerde zorg-op-afstand zouden in de toekomst geen aparte financieringsregels voor de levering van zorg-op-afstand noodzakelijk zijn. Optimalisering van zorg-op-afstand – en de zorg in het algemeen – vraagt echter wel om vraaggestuurd werken. Voor de toekomst van de zorg is het dan ook een belangrijk vraagstuk hoe vraaggestuurd werken passend gefinancierd kan worden. Het vergt een verandering van financieringsstromen in de zorg. Op dit moment denken de geïnterviewde managers vaak aan een persoonsgebonden financiering, waarbij de cliënt de keuze heeft welke zorg hij of zij wil ontvangen. Maar er leven nog veel vragen hoe dit in de werkelijkheid het beste vorm kan krijgen.

2.7 Techniek

2.7.1 *Techniek is een noodzakelijke voorwaarde*

Techniek is een noodzakelijke voorwaarde: zonder techniek geen zorg-op-afstand. Het is echter belangrijk om vanuit de zorg naar technologie te kijken en van daaruit de behoeften en eisen aan de techniekontwikkeling kenbaar te maken. Vanuit de zorg zijn er vaak extra eisen betreffende de kwaliteit van de verbinding en de beveiliging van de uitwisseling van de gegevens. Deze eisen zijn afhankelijk van welke zorg geleverd moet worden. Door technologieleveranciers is in een aantal gevallen de indruk gewekt dat wat de zorginstellingen wilden gemakkelijk realiseerbaar was, terwijl in de praktijk veel problemen ontstonden met de techniek. Voor een deel heeft dit te maken met de onderschatting vanuit de informatietechnologie. Oplossingen liggen niet op de plank, en soms was er onvoldoende kennis bij ICT-bedrijven. Ook werden commerciële belangen onderschat, en waren de deelnemende zorgorganisaties onervaren in het onderhandelen met commerciële bedrijven. Managers hechten belang aan het functioneel pakket van eisen, zoals dat op dit moment ontwikkeld wordt naar aanleiding van een opdracht van ActiZ in het kader van het programma *Zorg op afstand, dichterbij* (Van Fulpen, 2008).

De meeste instellingen die het niet gelukt is een betrouwbaar videonetwerk met betrouwbare techniek met voldoende mogelijkheden voor zorg-op-afstand te bouwen, richten zich niet meer primair op de techniek maar op de content of kopen een betrouwbaar werkend systeem in.

De zorgmanagers hebben overigens vrijwel allemaal het idee dat mensen in de toekomst een beeldscherm in huis hebben waarmee ze met de buitenwereld communiceren en waarmee allerlei benodigde diensten eenvoudig bereikbaar zijn.

2.7.2 *Techniek moet werken*

In een aantal gevallen is de pilotfase niet goed verlopen vanwege technische problemen. Er is onvoldoende kwalitatief en betrouwbaar contact met de cliënt mogelijk geweest, waardoor men niet toegekomen is aan het daadwerkelijk uitproberen van zorg-op-afstand. Dit werkt demotiverend voor alle betrokkenen, in het bijzonder voor de zorgverleners.

In een aantal andere gevallen is er wel een succesvolle pilot geweest, maar was de ICT-leverancier niet in staat om door te gaan. Voor een grotere opschaling was samenwerking met een grote leverancier nodig. Deze leverancier trok zich uiteindelijk op het laatste moment terug, waarna de kleine leverancier ook besloten heeft om de stekker eruit te trekken. Over het algemeen is een beeld zichtbaar dat kleine leveranciers beter kunnen inspelen op wat de zorgorganisaties willen, maar dat zij onvoldoende buffer hebben om het vol te houden bij opschaling. Grotere aanbieders die wellicht wel zouden kunnen opschalen, zijn daarentegen onvoldoende flexibel om goed te kunnen inspelen op de wensen van de zorgorganisaties.

In een enkel geval is er wel een betrouwbaar videonetwerk met betrouwbare techniek ontstaan. Daarbij is er sprake van snelle oplossingen bij geconstateerde problemen, soms al voordat de cliënt heeft gemerkt dat er een probleem was. Daarnaast is er in dit geval sprake van een 'redundant systeem' waarbij er twee installaties zijn die elkaar kunnen afwisselen als er ergens problemen optreden.

In een ander enkel geval heeft men met betrouwbare techniek via bestaande netwerken gewerkt, bijvoorbeeld de beeldtelefoon.

In een aantal betrokken instellingen is ervaring opgedaan met domotica en/of begeleidingsapparatuur, zoals de 'Healthbuddy'.

Als het te lang duurt voordat er een goed werkend systeem is, geeft dat bedreigingen, onder meer voor de motivatie van zorgverleners. Veel managers van projecten met technische problemen geven aan dat de cliënten nog opvallend positief blijven. Men denkt dat deze positieve houding wordt veroorzaakt door de extra contacten en aandacht die cliënten krijgen als ze meewerken met een dergelijk project.

Contacten met een technische leverancier die zorg en techniek goed kan integreren, die vanuit de zorg naar de techniek kijkt en die een stabiel systeem kan afleveren, biedt kansen. Het geeft een voorsprong op andere organisaties. Bovendien ontstaan er mogelijkheden tot experimenteren en tot verdere ontwikkeling die past bij de vragen vanuit de praktijk.

Voor de zorg in haar geheel is het een bedreiging dat andere zorgorganisaties (van buiten het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand) zelf weer projecten gaan beginnen en niet leren van wat nu in gang is gezet. Men is steeds bezig zelf het wiel uit te vinden, zo constateren de deelnemers aan het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand.

Een aantal managers geeft aan dat zij het belangrijk vinden dat de gebruikte techniek een 'open' systeem is, waarbij men niet afhankelijk is van het gebruik van apparatuur van bepaalde merken. Zij benadrukken dat alle soorten randapparatuur erop moet kunnen draaien, zodat gebruik gemaakt kan worden van wat er al bij de mensen in huis aanwezig is. Zij hebben ook vaak gekozen voor een *web based* systeem, waarbij het in principe mogelijk is om vanaf een gewone pc via internet verbinding te leggen. In dergelijke systemen is sprake van beveiliging; of het hele systeem is beveiligd, of er moet in de toekomst een beveiligde toegang voor het zorgdeel van het systeem komen.

Andere managers kiezen wel gedeeltelijk of geheel voor bepaalde specifieke apparatuur en/of een eigen systeem. Dit doen zij vanwege betrouwbaarheid en kwaliteitseisen.

Uit de praktijk kan overigens weliswaar blijken dat een systeem in de pilot op kleine schaal werkt, maar dat hoeft niet te betekenen dat het ook op grote schaal werkt. Bij opschaling blijkt soms toch andere apparatuur nodig, die voldoet aan hogere kwaliteitseisen.

2.7.3 Rollen van organisaties in systeembeheer en techniekontwikkeling

Alle managers zijn van mening dat in de toekomst de techniek en het videonetwerk voor iedereen beschikbaar is. Er ontstaat een beeld van verschillende individuele gebruikers die contact met elkaar kunnen hebben, en van een systeem waarop een aantal diensten open worden aangeboden. Er komen loketten binnen handbereik, waarachter ook diensten zitten die hogere eisen stellen aan toegankelijkheid en veiligheid van de informatieoverdracht, bijvoorbeeld een zorgloket.

Men maakt zich wel zorgen over de toegankelijkheid van het beschikbare videonetwerk in de toekomst. Men vraagt zich af welke rol de overheid gaat spelen als het gaat om de openheid en de beschikbaarheid van de videonetwerken. Ziet de overheid het als haar taak om openheid te garanderen?

Er zijn verschillen zichtbaar in de rol die instellingen willen spelen met betrekking tot de voor zorg-op-afstand benodigde techniek en infrastructuur:

De meeste instellingen die zorg-op-afstand willen aanbieden, willen geen verantwoordelijkheid (meer) voor technische ontwikkeling of beheer. Zij kopen de techniek in via een hoofdaannemer of bij meerdere bedrijven, soms gebruik makend van een 'middenbedrijf' dat fungeert als *system integrator*. Er zijn instellingen die dit individueel doen en die 'bewezen' techniek inkopen. Ook ontstaan er coalities van instellingen die gezamenlijk content ontwikkelen en in samenwerking met een *system integrator* de techniek gezamenlijk inkopen. Deze instellingen vinden techniek ondersteunend en willen bij hun *core business* blijven, namelijk zorg verlenen. In een enkel geval is de afhankelijkheid van één *system integrator* belemmerend geweest, omdat conflicten tussen de *integrator* en zijn onderaannemers gevolgen hadden voor het technisch functioneren van het systeem.

Er zijn instellingen die een prominente rol willen spelen in de ontwikkeling en het beheer van het videonetwerk en de daarvoor benodigde technische infrastructuur en apparatuur. Zij doen dit samen met één of meerdere technische bedrijven, soms in combinatie met andere partners. Achter de keuze van deze positie zit een financiële motivatie. Deze instellingen willen verdiensten uit een aanbod van welzijns- en gemaksdiensten gebruiken om zorg-op-afstand financieel haalbaar te maken. Men vermoedt dat wanneer het videonetwerk en de daarvoor nodige technische infrastructuur de volledige verantwoordelijkheid is van grote 'verbindingsaanbieders', deze aanbieders zelf een dienstenpakket gaan aanbieden om een inkomstenstroom te genereren. Zorgorganisaties kunnen dan alleen nog maar '*dure zorg leveren tegen een steeds schraller wordend budget*', zoals een van de managers het formuleert. Instellingen die meer neigen naar deze rol, focussen zich niet puur op zorg verlenen, maar willen zich op breder vlak als onderneming en marktpartij gedragen. In een enkel geval sluit men het videonetwerk ook aan bij al bestaande netwerkdiensten voor een grotere regio op het gebied van personenalarmering. Daarnaast wil men bepalend blijven voor wat op het videonetwerk komt, om zo de kwaliteit van zorg te behouden en niet afhankelijk van anderen te zijn als het om het aanbod gaat.

Wanneer klanten te veel informatie krijgen vanuit commerciële motieven, die te weinig gericht is op de wensen van de klant, zal dit uiteindelijk negatief kunnen uitpakken voor de ontwikkeling van zorg-op-afstand.

Bij een van deze instellingen geeft men aan niet te weten of een rol van systeemeigenaar houdbaar is in de toekomst. Maar tot nu toe gaat het goed en men wil in de toekomst toch in ieder geval partner in het geheel blijven. Om deze rol vast te houden is massa nodig, zodat andere dienstenaanbieders ook op het videonetwerk willen. De ontwikkeling is bij deze instelling dan ook gericht op het creëren van massa, bekendheid en draagvlak.

In de loop van de tijd is steeds duidelijker geworden dat techniek en ontwikkeling daarvan niet iets is waarop zorgorganisaties moeten en kunnen concurreren. Samenwerking is meer aangewezen. Het wordt duidelijker dat de concurrentie tussen zorgorganisaties bij zorg-op-afstand vooral moet plaatsvinden op het gebied van het zorgaanbod. Daarvoor moet in principe iedere aanbieder toegang hebben tot het systeem.

De voor zorg-op-afstand benodigde techniek en processen zouden, aldus enkele projectmanagers, bijvoorbeeld samengevoegd kunnen worden in een zelfstandig bedrijf. Daarin zouden een aantal zorgorganisaties kunnen samenwerken. Dan hoeft de individuele instelling niet alles zelf te regelen, hoewel bij de ondervraagde managers voorop blijft staan dat de zorg de techniek wel bij de hand neemt. Een dergelijk zelfstandig bedrijf zou ook geïnitieerd kunnen worden vanuit de overheid. De vraag is welke rol de overheid hierin gaat spelen? Gaat zij eisen stellen aan de toegankelijkheid? Gaat zij zelf initiatieven nemen?

Het netwerk van glasvezel dat in aanleg is, biedt ook kansen. Deze technologie geeft een veel grotere capaciteit. In de praktijk blijkt nu echter al dat de introductie van glasvezel ook niet altijd goed verloopt. Er zijn verschillende partijen en belangen bij de exploitatie van een dergelijk glasvezelnetwerk betrokken. Zij kunnen de aanwezige capaciteit beperken of vergroten. Bovendien kan de signaalsterkte wisselen waardoor de apparatuur storingen kan gaan vertonen.

2.7.4 Integratie

Technische integratie is nog weinig gerealiseerd. De meeste zorgorganisaties zien het liefst een integratie van personenalarmering, videocontact, monitoringsapparatuur, domotica en het elektronisch patiëntendossier. Wel komen alle signalen op de zorgcentrale binnen, waar integratie door de centralist gebeurt. Bij één organisatie heeft een integratie van videocontact, alarmering en patiëntendossier wel plaatsgevonden. Daar heeft men echter nog een extra voorziening, die ingezet kan worden als het systeem niet zou werken.

Vaak wordt videocontact ervaren als een soort uitgebreide personenalarmering. Vanuit de praktijk is door cliënten ook aangegeven dat het bij een valincident bijvoorbeeld prettig was dat er videocontact was en dat iemand tegen hem of haar sprak totdat hulp aanwezig was. Maar alarm slaan vanuit de tuin is bij een videosysteem bijvoorbeeld nog niet mogelijk.

Bovendien is er geen 100% betrouwbaarheid gegarandeerd. Bij één organisatie wordt gewerkt aan een mogelijke verbinding via gsm, voor het geval de stroom zou uitvallen.

2.7.5 Standaardisatie

Voor de uitwisseling van gegevens tussen verschillende systemen is er behoefte aan standaardisatie op een niveau dat de verschillende systemen met elkaar kunnen communiceren (interoperabiliteit). Een manager: *'Het mag niet zo zijn dat wanneer iemand straks van zorgaanbieder wijzigt, de gehele apparatuur gewijzigd moet worden.'*

Daarnaast geeft één zorgorganisatie aan dat het willen beschermen van de privacy vaak belemmerend heeft gewerkt. Men is onzeker over het niveau van privacybescherming dat de organisatie moet bieden, zowel wat betreft de bescherming van het dataverkeer als met betrekking tot regels wanneer men bij iemand thuis naar binnen mag 'kijken'. Organisaties geven aan dat zij graag algemeen geldende regels zouden zien over de bescherming van de privacy bij zorg-op-afstand.

2.8 Gezondheidszorg in Nederland

2.8.1 Verschraling van zorg... een ander geluid

In deze rapportage is een paar keer 'verschraling van zorg' aan de orde geweest. Managers geven aan dat men met zorg-op-afstand hierover juist een ander, positiever geluid kan laten horen. Zo kan men afstand nemen van de 'klaagcultuur' en aangeven welke kansen er liggen om de zorg in de toekomst vorm te geven.

2.8.2 Regelingen

De veelheid aan regels voor administratie en controle, en de voortdurende verandering daarvan beperken de vrijheid tot innovatie en experimenteren. Andere regels binnen de gezondheidszorg werken de ontwikkeling naar langer zelfstandig thuis wonen en de mogelijkheden van zorg-op-afstand tegen. Dat wordt duidelijk met een voorbeeld uit de praktijk: cliënten met thuiszorg die verslechteren, krijgen vaak in een nieuwe indicatie de verblijfsfunctie toegekend. Het aantal uren zorg in die verblijfsindicatie is echter lager dan in de oorspronkelijke thuiszorgindicatie. De zorgaanbieder vraagt vervolgens overbruggingszorg aan bij het zorgkantoor. Die wordt echter toegekend voor een maximale periode van drie tot zes maanden. In die periode moet de cliënt een passend verblijfsaanbod hebben aanvaard, anders vervalt de overbruggingszorg en is de cliënt dus slechter af dan voor de nieuwe indicatie.

2.8.3 Marktwerking: concurrentie en innovatie

De geïnterviewde zorgmanagers twijfelen aan de voordelen van marktwerking in de zorg. De zorg bevindt zich in een situatie tussen een publiek gefinancierd en privaat gefinancierd systeem in. De zorg is daardoor een sterk gereguleerde en nog niet ontwikkelde markt.

Bij een goede marktwerking zouden investeringen in innovaties door een omzetstijging terugverdiend kunnen worden wanneer er een goed product ontwikkeld is. Omzetstijging wordt in de zorg echter tegengewerkt omdat men met de marktwerking juist de totale kosten van zorg wil verminderen.

Concurrentie kan samenwerking ten behoeve van de ontwikkeling van zorg-op-afstand in de weg staan. Een aantal zorgorganisaties binnen het netwerk ziet hier echter ook een kans door zich als voorloper op het gebied van zorg-op-afstand te onderscheiden. In het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand was er in het begin weinig behoefte aan mededeelzaamheid, omdat men zich concurrenten voelden. Men hoopte als eerste een geweldig product te ontwikkelen en dat dan op grote schaal te kunnen uitrollen. Men is echter in de loop van de tijd gaan inzien dat samenwerking noodzakelijk is om zorg-op-afstand van de grond te krijgen. Er is coalitievorming zichtbaar voor content-ontwikkeling en om zich een sterkere positie te verwerven ten opzichte van technische bedrijven en grote aanbieders van verbindingen en apparatuur.

De introductie van meer marktwerking in de zorg is nog op een andere manier van invloed op de wijze waarop zorg-op-afstand zich kan ontwikkelen. In reactie op marktwerking is de afgelopen jaren sprake geweest van fusies tot vaak grote zorgorganisaties. Soms zijn daarbij organisaties ontstaan die zich geheel op thuiszorg richten, en zich vooral qua gebied uitbreiden. Soms zijn thuiszorgorganisaties gefuseerd met welzijnsorganisaties, of hebben er fusies plaatsgevonden tussen thuiszorg en intramurale zorg. De fusies en grootte van het concern geven bedreigen en kansen.

Een bedreiging is dat door de fusies, en de daarmee gepaard gaande veranderingen rond personeel, functies en verantwoordelijkheden, vaak onrust in de organisatie is ontstaan. Daarmee is er soms weinig mentale ruimte bij de mensen op de werkvloer voor nieuwe initiatieven en ontwikkelingen. De menging van twee organisatieculturen kan zowel een kans als een bedreiging vormen. Culturele weerstanden kunnen veranderen, en toe- of afnemen door de nieuw ontstane bedrijfscultuur.

Ook de grootte van de zorgorganisatie is zowel een bedreiging als een kans. Bestuursbeslissingen op concernniveau kunnen de ontwikkeling van zorg-op-afstand stimuleren of juist remmen. Op concernniveau spelen er andere belangen mee dan alleen de projectbelangen. Aan de andere kant kan een bestuur van een grote zorgorganisatie ook meer invloed uitoefenen op grote spelers binnen én buiten de gezondheidszorg. Wel krijgt een grote organisatie te maken met veel professionals die men allemaal dezelfde kant op moet zien te krijgen. Kleine organisaties zijn flexibeler en kunnen gemakkelijker experimenteren.

2.8.4 Van aanbod- naar vraaggestuurd werken

De zorg is lange tijd aanbodgestuurd geweest. Cliënten, zorgverleners, plus de structuur én cultuur van de gezondheidszorg hebben zich daardoor op aanbodgestuurde wijze ontwikkeld.

Zelfs in in het streven naar vraaggestuurde zorg bestaat het gevaar dat de vraag nog steeds door het aanbod bepaald wordt. Dat geldt zeker ook in het geval van de doelgroep binnen zorg-op-afstand.

Die is op dit moment gemiddeld 78 jaar (Francke, De Veer en Peeters, 2008), en hun wijze van zorgvragen is sterk gevormd door de aanbodgestuurde zorgcultuur. Bovendien is er nog weinig kennis over en ervaring met de verschillende mogelijkheden van vraaggestuurde zorg. Dit geeft moeilijkheden met de vraagontwikkeling bij cliënten en met de formulering van hun behoeften. Er is nog veel werk te doen op het gebied van die vraagontwikkeling en ontdekken van belangrijke behoeften waarbij zorg-op-afstand van dienst kan zijn. Daarbij kan eventueel samengewerkt worden met patiëntenorganisaties. Bij enkele zorgorganisaties is er in de projecten gewerkt met cliëntenpanels.

2.8.5 Van verschotting naar ontschotting

De verbreding van zorg-op-afstand naar meer diensten en naar lokale gemeenschappen (communities) vergt ontschotting tussen welzijn en zorg (dus tussen gezondheid en ziekte). Het is belangrijk om ondanks een zorgbehoefte toch heel 'gezond' te kunnen leven. Het gaat daarbij om behoud van welzijn, van kwaliteit van leven.

Zorg-op-afstand biedt, aldus de projectmanagers, mogelijkheden voor het beperken van intramurale opnames (zowel kortdurend als langdurend) en het terugdringen van het bezoek aan (para)medici. Dat kan zowel door het verminderen van het aantal consulten als het op afstand uitvoeren van consulten. Deze mogelijkheden vragen bijvoorbeeld om het loslaten van de scheiding tussen intra- en extramuraal, en om het intensief samenwerken tussen verschillende beroepsgroepen en instellingen. Daarbij veranderen rollen en verantwoordelijkheden, en is een passende financiering noodzakelijk. Deze veranderingen zullen invloed hebben op de verschillende beroepen en functies in de zorg, en dat is voor beroepsbeoefenaars en instellingen vaak bedreigend.

Het is belangrijk dat de verschillende brancheorganisaties en beroepsorganisaties zoveel mogelijk worden betrokken en gaan samenwerken om zorg-op-afstand te ontwikkelen. Er is ook op dat vlak veel versnippering, waardoor deze ontwikkeling gehinderd kan worden.

2.9 Functioneren van het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand

Binnen het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand heeft in de loop van de jaren een verandering plaatsgevonden. In het begin was elke zorginstelling voor zich van mening dat zij zorg-op-afstand ging ontwikkelen op zodanige wijze dat het in heel Nederland toepasbaar zou zijn. Er was veel concurrentie en men was minder geneigd informatie te delen. Inmiddels is er meer openheid en samenwerking ontstaan. Men heeft ervaren dat zorg-op-afstand, hoe veelbelovend ook, niet zomaar van de grond komt. Men heeft elkaar hard nodig om deze ontwikkeling te realiseren. Nu beschouwen de deelnemers het delen van ervaringen als het meest waardevolle van het netwerk. Het gaat erom te leren van wat anderen doen, hoe zij dat aanpakken en hoe zij omgaan met regels.

Er is behoefte om in de eigen organisatie de discussie te voeren over zorg-op-afstand. Ten eerste met verpleegkundigen en verzorgenden, bijvoorbeeld met het hiervoor ontwikkelde materiaal, zoals de DVD 'Jouw hart voor de zorg' (ontwikkeld in opdracht van ActiZ in het kader van het programma *Zorg op afstand, dichterbij*). Daarnaast is er behoefte aan materiaal voor discussie met bestuurders. In die discussie gaat het vooral over wat zorg-op-afstand betekent voor de organisatie en hoe men daarmee wenst om te gaan.

In de inmiddels ontwikkelde *toolkit* is materiaal opgenomen voor scholing en discussie rond zorg-op-afstand, zowel bedoeld voor het gesprek met bestuurders en managers als met verpleegkundigen en verzorgenden.

Men ziet voor het programma *Zorg-op-afstand, dichterbij* ook een rol weggelegd bij het creëren van betere structurele voorwaarden. Het programma speelt deze rol op meerdere fronten, zoals bij het tot stand komen van financiële regelingen om zorg-op-afstand te financieren, het opstellen van standaarden voor de technische infrastructuur, en bijvoorbeeld het bevorderen van opleidingen voor zorg-op-afstand. Gezien de problemen met de financiering en de techniek blijven de managers deze rol van het programma voorsnog van groot belang vinden.

Verder zien de zorgmanagers een rol voor zowel het programma als voor ActiZ in het stimuleren van overleg en het gevoel van urgentie bij betrokken actoren op landelijk niveau, essentieel om de ontwikkeling van zorg-op-afstand doorgang te laten vinden.

Ten slotte leeft de wens bij de instellingen om vanuit het programma te komen tot een concreet toekomstperspectief. Er is behoefte aan een aantal mogelijke scenario's die schetsen hoe de zorg in Nederland eruit zou kunnen komen te zien, en wat de rol van zorg-op-afstand hierin zou kunnen zijn.

2.10 Lessen en uitdagingen

In het algemeen is zichtbaar geworden dat integratie op verschillende vlakken nodig is. Integratie van zorg-op-afstand in het totale streven naar welzijn van de cliënt; integratie van zorg-op-afstand met de reguliere zorgverlening; integratie in samenwerking met andere partijen; integratie op technisch gebied, waardoor belangrijke informatie automatisch gekoppeld kan worden; integratie van financieringsstromen. In deze paragraaf vatten we kort samen welke belangrijkste lessen en uitdagingen er nu liggen.

2.10.1 Cliënt-proces-zorgverlener

Aanbod

In het aanbod rond zorg-op-afstand is een beweging zichtbaar van 'puur' zorgverlening naar integratie van zorg in een breder aanbod van diensten (wonen/welzijn/preventie/zelfmanagement/eerste- en tweedelij/mantelzorgondersteuning). De

cliënt staat centraal en heeft een breed palet aan diensten nodig om op een prettige wijze zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen.

Niet alleen zorg is nodig, maar ook boodschappen- en klussendiensten, contactmogelijkheden met buurt/familie/vrienden, mogelijkheden voor dagbesteding. Dat hoeft de zorgorganisatie niet allemaal zelf te organiseren, maar zij maakt er wel deel van uit.

Het is in het belang van het welzijn van de cliënt om een breed arrangement te realiseren. Door verbreding van het aanbod wordt steeds meer keuze mogelijk, en men vindt het belangrijk dat de cliënt kan kiezen.

Het aanbod is nu veelal nog gericht geweest op communicatie met een verzorgende of verpleegkundige of – in mindere mate – met mantelzorgers. Er ligt nog een grote uitdaging in de combinatie van beeldschermcommunicatie met monitoring/uitwisseling van meetgegevens/domotica om te ontdekken wat de mogelijkheden zijn.

Doelgroepen

Vanuit de monitor en in de rapportage 'Klant in Beeld' (Nouws, 2008) wordt zichtbaar dat er qua ziektebeelden weliswaar kansrijke doelgroepen zijn in te delen, maar dat dit niet wil zeggen dat bij bepaalde ziektebeelden zorg-op-afstand altijd wenselijk of noodzakelijk is. Dit is mede afhankelijk van de persoonskenmerken en de zorgdoelen die aan de orde zijn bij de betreffende cliënt.

Op dit moment bestaat de doelgroep voornamelijk uit chronisch zieke ouderen. Nog weinig aan de orde en wel als kansrijk benoemd, zijn psychosociale begeleiding, terminale zorg, 'diversiteit naar achtergrond' en gehandicaptenzorg. De rapportage van Nouws wordt als inspirerend ervaren om na te denken over toepassingsmogelijkheden bij andere doelgroepen aan de hand van zorgdoelen. Cliënten geven aan dat het stimulerend werkt voor het gebruik als er beeldcontact mogelijk is met mantelzorgers, kinderen en kleinkinderen.

Verzorging en verpleging

Voor het overwinnen van weerstanden bij verpleegkundigen en verzorgenden is het belangrijk dat zij zelf kunnen ervaren wat zorg-op-afstand inhoudt en mogen meedenken in de ontwikkeling van zorg-op-afstand in de organisatie. Daarnaast is gebleken dat het positief werkt om zorg-op-afstand in een historisch perspectief te plaatsen. Door te benadrukken dat zorg-op-afstand uitgaat van een lang bestaande interactie tussen techniekontwikkeling en zorg, kan men het idee wegnemen dat er nu plotseling iets heel nieuws gaat gebeuren.

Daarnaast is het belangrijk zich te verdiepen in wat belangrijk is voor de arbeidssatisfactie en hoe zorg-op-afstand hieraan kan bijdragen. Denk aan zaken als betere mogelijkheden de cliënt te kunnen volgen, vaker contact kunnen hebben en meer contacttijd kunnen realiseren. Het is gebleken dat zorg-op-afstand mogelijkheden biedt voor meer arbeidssatisfactie. Het biedt plaats aan verzorgenden/verpleegkundigen met fysieke problemen en kan door flexibilisering van tijd en plaats mogelijkheden bieden om privé en werk makkelijker te kunnen combineren.

2.10.2 Interne organisatie

Om samen te leren en zo zorg-op-afstand te kunnen ontwikkelen, zijn verschillende experimenten nodig. Voor zorgorganisaties is het belangrijk een strategie van geleidelijke ontwikkeling te hanteren en niet meteen één totaaloplossing te willen vinden en toepassen.

De zorgorganisaties zijn bezig met de inbedding van zorg-op-afstand in de organisatie. Alle geven aan dat het belangrijk is om vanaf het begin dat men met een cliënt in contact, komt te streven naar een geïntegreerd aanbod van zorg. Daarin vervult zorg-op-afstand indien mogelijk een deel van de zorgbehoefte. Volledige integratie en streven naar vraaggestuurde zorg zal invloed hebben op de organisatie (denk aan zelfplanning en aan de functie van de zorgcentrale). Het blijft de komende jaren belangrijk te beoordelen hoe organisaties hiermee omgaan en wat de invloed daarvan is op de werking van zorg-op-afstand.

Het is belangrijk om cliënten te laten wennen aan het gebruik van het systeem op een eerder moment dan dat er een duidelijke zorgvraag is. Het systeem moet geen 'zorgsysteem' zijn en moet ook niet zo gepositioneerd worden. Het systeem is er voor het inschakelen van diensten om het welzijn te behouden en te verbeteren. Indien daarbij later ook zorg nodig is zal een cliënt sneller van het systeem gebruik maken. Het is dan het een 'gewone' wijze van hulp vragen en contact zoeken geworden.

Om cliënten te laten wennen aan het systeem is het in de eerste fase van ontwikkeling (die voornamelijk binnen de zorg heeft plaatsgevonden) belangrijk geweest dat er een urgentie of afspraak was voor gebruik, naast een goede introductie. Voor de toekomst is het streven om mensen te triggeren tot gebruik door meerdere diensten dan alleen zorg aan te bieden. Mogelijke voorbeelden zijn het dagelijks doorgeven van het menu, een dagelijks nieuwtje, het ontvangen van een digitaal kaartje, het tonen van een activiteitenkalender, et cetera.

2.10.3 Externe organisatie

De samenwerking met andere partijen is in de invoeringslijn van zorg-op-afstand aan de eigen AWBZ-clieñten geringer dan bij de andere invoeringssituaties. Samenwerking met zorgpartijen wordt als moeilijker ervaren én ingeschat dan samenwerking met andere partijen zoals welzijnsorganisaties, woningcorporaties, gemeenten en commerciële diensten. Bij alle vormen van samenwerking moet het zich nog uitkristalliseren hoe de samenwerking eruit gaat zien. Wie is waarvoor verantwoordelijk? Waar zijn de kosten en de baten te vinden? Een belangrijke uitdaging ligt in de vraag hoe de samenwerking tussen partijen in de zorg gestimuleerd kan worden. Deze vraag is vooral relevant omdat managers denken dat juist in die samenwerking bij de begeleiding van chronisch zieken de meeste winst te behalen valt waar het gaat om kwaliteit van leven. Ook zien zij daar kansen voor efficiency-winst en kostenbesparing (bezien vanuit de totale kosten van zorg voor een cliënt).

2.10.4 Techniek

Inmiddels zijn enkele betrouwbare systemen ten behoeve van videocommunicatie in de thuiszorg ontstaan. De zorgorganisaties hebben ervaren dat in de techniek van alles mogelijk is, maar dat de passende techniek voor de gekozen doelstellingen niet op de plank klaar ligt. Het onderhandelen op dit gebied met een commerciële partij is voor zorgorganisaties niet gemakkelijk. Samenwerking en het rapport van Van Fulpen (2008) kunnen hierin ondersteunend zijn.

Organisaties die zorg-op-afstand willen opstarten kunnen het beste met een van de betrouwbare systemen starten en niet weer zelf techniek vanaf de basis ontwikkelen.

Er is bij de betrokken instellingen een leerproces zichtbaar in de omgang met techniek. Men ziet techniek als ondersteunend, maar de focus ligt op zorg en op de vraag hoe zorgverlening er met zorg-op-afstand er uit kan zien. Men stelt zich minder afhankelijk op van de techniek en vormt coalities voor techniekinkoop en content-ontwikkeling.

Daarnaast is er al veel techniek die wordt ingezet in de woningbouw, beveiligingsbranche en personenalarmering, en ook veel techniekontwikkeling in domotica en sensortechnologie. Integratie en interoperabiliteit van deze technieken is gewenst om mogelijkheden voor ondersteuning van het zorgproces te vergroten. Er is nog veel ontwikkeling nodig op het gebied van technische integratie, standaardisatie en kwaliteitsbewaking van zorg-op-afstand. Het ontwikkelen van een keurmerk wordt door de projectmanagers genoemd als mogelijkheid.

2.10.5 Financiën

In het algemeen ligt er in de zorg nog een groot vraagstuk over hoe de financiering van vraaggestuurde zorg er inhoudelijk uit moet zien. Momenteel wordt er rond zorg-op-afstand gewerkt aan het ontwerp van passende financieringen voor verschillende arrangementen. De verschillende invoeringslijnen hebben een andere financiering met een andere verdeling tussen publieke en private middelen. De kosten en baten liggen niet altijd op dezelfde plaats.

De regeling ten behoeve van het experimenteren met screen-to-screen zorg (beleidsregel experiment screen-to-screen zorg) werkt door het productieplafond in de AWBZ niet meer als bedoeld. Er is ruimte voor experimenteren nodig, zowel ten behoeve van AWBZ-geïndiceerden als voor het ontdekken van behoeften en doelgroepen.

2.10.6 Gezondheidszorg in Nederland

Vanuit de ontwikkeling van zorg-op-afstand blijkt dat de vormgeving van het huidige stelsel –een sterk gereguleerde marktwerking met veel controle – geen prikkel geeft tot innovatie. De ontwikkeling van zorg-op-afstand kan helpen om de gezondheidszorg naar een meer vraaggestuurde wijze van zorgverlening te laten ontwikkelen. Andersom heeft zorg-op-afstand de meeste voordelen wanneer men op een vraaggestuurde wijze kan werken. Dat vraagt een cultuuromslag in de zorg, zowel waar het gaat om ontschotting tussen gezond en ziek zijn, instellingen en functies als financieringsstromen. Ook is er een cultuuromslag nodig rond de vraag hoe we mensen in hun eigen specifieke situatie het beste kunnen ondersteunen in het behouden van een acceptabel welzijnsniveau (inclusief gezondheid). Daarvoor is de betrokkenheid van patiëntenorganisaties, brancheorganisaties en beroepsorganisaties van belang.

3 Analyse, reflectie en vooruitzien

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we de invoering van zorg-op-afstand, zoals die uit de verschillende monitoronderzoeken naar voren komt, aan een nadere analyse onderwerpen. Daarbij besteden we met name aandacht aan de voordelen van zorg-op-afstand (paragraaf 3.2.). In paragraaf 3.3 beschouwen we het proces van invoering van zorg-op-afstand.

Waar het gaat om de voordelen van zorg-op-afstand zullen we nagaan of de door initiatiefnemers beoogde voordelen inderdaad zijn opgetreden. Ook proberen we te achterhalen welke omstandigheden een rol hebben gespeeld bij het al dan niet behalen van voordelen. Tevens hopen we door die analyse de strategieën te kunnen omschrijven, die moeten worden gevolgd om de beoogde voordelen alsnog of nog meer binnen te halen..

Bij de analyse van het invoeringsproces gaan we vervolgens kijken naar de wegen waarlangs en de wijze waarop instellingen zorg-op-afstand invoeren. We leggen deze door de instellingen gevolgde strategieën naast de strategieën zoals die uit de analyse naar voren zijn gekomen. Hieruit ontstaat een beeld, hoe men met de invoering van zorg-op-afstand verder zou kunnen gaan om de beoogde voordelen ervan zoveel mogelijk te realiseren. We eindigen dit hoofdstuk dan ook met het schetsen van lijnen naar de toekomst.

3.2 Voordelen zorg-op-afstand

Zorg-op-afstand is het inzetten van communicatie- en andere technologieën in de zorg en in het zorgproces. Dit gebeurt om zorg en zorgproces te verbeteren. Bij het opzetten van experimenten met zorg-op-afstand hebben zorgaanbieders zich een beeld gevormd van zowel de verbeteringen die men kon verwachten, als die men wilde bereiken. Aan de hand van de ervaringen in de projecten, zijn deze beelden en verwachtingen bijgesteld. Ze werden genuanceerd, maar er kwamen ook nieuwe bij.¹¹ In het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand vormen de te verwachten verbeteringen uiteraard geregeld onderwerp van gesprek. Er bestaat inmiddels een vrij algemeen gedeeld inzicht in de mogelijke voordelen van zorg-op-afstand.

De verwachte voordelen hebben natuurlijk alles te maken met de ambities achter zorg-op-afstand (zie ook hoofdstuk 1). Allereerst moet zorg-op-afstand bijdragen aan een ontwikkeling naar meer regie voor de cliënten. Zij kunnen en willen immers veel bijdragen aan hun eigen leven. Verder moet het initiatief bijdragen aan een ontwikkeling die meer recht doet aan de professionele roeping en verantwoordelijkheid van zorgverleners. Zij moeten maatwerk en kwaliteit kunnen leveren. En zorg-op-afstand wil bijdragen aan het dichten van de te verwachten kloof tussen de vraag en aanbod aan zorg.

¹¹ Zie voor de opvattingen van afzonderlijke instellingen en projectmanagers paragraaf 2.3.1 van deze rapportage, alsmede de verschillende NIVEL-peilingen: Peeters, de Veer en Francke (2007) par.3.3; (2008) par. 3.2.

We onderscheiden dus voordelen van zorg-op-afstand voor cliënten en mantelzorgers, voordelen voor zorgverleners en voordelen voor de zorg-als-geheel. Vervolgens is het van belang onderscheid te maken tussen primaire (of: directe) en secundaire (of indirecte) voordelen. Primaire voordelen ontstaan rechtstreeks door inzet van videocommunicatie; secundaire voordelen ontstaan mede door de primaire voordelen. Dit onderscheid is vooral relevant voor beïnvloeding en sturing. Strategisch gezien is het van belang om zich zeker in de eerste fase te concentreren op het binnenhalen van de primaire voordelen.

Op basis van de verwachtingen van de koplopers in het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand zien wij voor cliënten en hun mantelzorgers de volgende primaire voordelen:

- toename gevoel van veiligheid;
- toename (gevoel van) zelfredzaamheid;
- toename contactmogelijkheden;
- toename eigen regie;
- toename zelfstandigheid.

Voor zorgverleners komen wij – eveneens op basis van de verwachtingen van de koplopers – tot de volgende primaire voordelen:

- toename aanwezigheid;
- toename contactmogelijkheden;
- toename signaleringen en interventiemogelijkheden;
- toename flexibiliteit.

Voor de zorg-als-geheel zien wij – weer op basis van de verwachtingen van de koplopers –, de volgende primaire voordelen:

- beter voorzien in behoeften;
- betere benutting mensen en middelen.

In de onderstaande tabel staan bij de primaire voordelen steeds de secundaire voordelen die instellingen en projectmanagers van zorg-op-afstand verwachten. Verderop in deze paragraaf worden de relaties nader toegelicht en uitgewerkt.

PRIMAIRE VOORDELEN

SECUNDAIRE VOORDELEN

Verwachte voordelen voor cliënten en mantelzorgers	
Toename gevoel van veiligheid	
Toename (gevoel van) zelfredzaamheid	Afname beroep op hulp van anderen Afname belasting mantelzorgers
Toename contactmogelijkheden	Meer contact Betere bereikbaarheid Afname gevoelens van eenzaamheid Zich meer (emotioneel) ondersteund voelen
Toename eigen regie	
Toename zelfstandigheid	Langer thuis kunnen blijven wonen
Verwachte voordelen voor verpleegkundigen en verzorgenden	
Toename aanwezigheid	
Toename contactmogelijkheden	
Toename signaleringen en interventiemogelijkheden	
	Vervolgeffecten van meerdere primaire effecten: - Verrijking inhoud beroep - Toename flexibiliteit en eigen verantwoordelijkheid - Toename verscheiden in werk

Verwachte voordelen voor de zorg-als-geheel	
Beter voorzien in behoeften	
Betere benutting mensen en middelen (is vooral ook een vervolgeffect van meerdere primaire effecten)	

Tabel 2: overzicht van verwachte primaire en secundaire voordelen van zorg-op-afstand

Overigens – het blijkt al uit de tabel, maar ook uit het vervolg van deze paragraaf – bestaan er tussen de te verwachten effecten vele relaties. Effecten beïnvloeden elkaar, maar één effect kan ook (zoals in de tabel is aangegeven) het gevolg zijn van meerdere andere effecten. De werkelijkheid is hoe dan ook minder ééndimensionaal dan in de tabel lijkt. Het overzicht is vooral bedoeld als hulpmiddel voor de analyse van onderzoeksgegevens en als hulpmiddel bij het denken over beïnvloeding en strategie.

3.2.1 *Voordelen voor cliënt en mantelzorger*

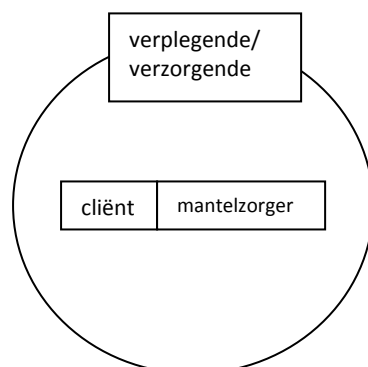
In deze paragraaf lopen we eerst de beoogde primaire voordelen van zorg-op-afstand stuk voor stuk na. Zijn deze tot nu toe gerealiseerd? Daarbij komen steeds ook de secundaire voordelen aan bod, plus omstandigheden die een rol lijken te hebben gespeeld bij het al dan niet realiseren van voordelen. We sluiten elke subparagraaf steeds af met een reflectie op de uitkomsten van de analyse.

3.2.1.1 *De beoogde voordelen*

3.2.1.1.1 *Toename gevoel van veiligheid*

Volgens het NIVEL-onderzoek is bij 71% van de cliënten die gebruik maken van videocommunicatie het gevoel van veiligheid toegenomen. Dat geldt althans volgens die cliënten zelf; volgens de mantelzorgers is dat bij 66% van de cliënten het geval.¹² Volgens 90% van de thuiszorgmedewerkers en 76% van de centralisten is het gevoel van veiligheid van cliënten toegenomen.¹³ Van de mantelzorgers voelt 66% zich geruster door de aanwezigheid van een videonetwerk.¹⁴ We kunnen dus stellen dat het beoogde voordeel zich inderdaad voordoet. Nog niet bij alle gebruikers, maar toch wel bij een groot deel.

Factoren die hierbij een rol spelen lijken vooral de mogelijkheid van beeldcontact, de deskundige opvang door een verplegende, alsmede de garantie van fysieke zorgopvolging indien nodig. Door videocommunicatie wordt als het ware een ring van zorg en veiligheid gelegd rondom de cliënt en diens mantelzorger (zie figuur 7).



Figuur 7: *ring van zorg en veiligheid rondom cliënt en diens mantelzorger*

¹² Peeters, De Veer en Francke (2008), par. 4.7. en 4.8

¹³ Idem, par. 5.4

¹⁴ Idem, par. 4.10

De gedachte dat het visuele element bij het gevoel van veiligheid een belangrijke factor vormt, wordt door het NIVEL-rapport bevestigd. Zo gaf 68% van de cliënten aan het fijn te vinden via het videonetwerk oogcontact te hebben met de medewerker van de zorgcentrale. 66% vindt het handig die medewerker dingen te kunnen laten zien.¹⁵ 59% van de cliënten vindt dat videocommunicatie een belangrijke meerwaarde heeft boven telefonisch contact.¹⁶ Tekenend is in dit verband ook dat 52% van de cliënten aangeeft net zo makkelijk met een medewerker van de zorgcentrale te praten als met een medewerker die bij hem of haar aan huis komt.¹⁷

Ook de gegevens met betrekking tot telebegeleiding – waar het visuele element ontbreekt – wijzen in dezelfde richting. Van de gebruikers van telebegeleiding vindt ‘slechts’ 32% dat hun gevoel van veiligheid is toegenomen.¹⁸

Belangrijk voor het ontstaan van het gevoel van veiligheid vormt ook de zekerheid bij de cliënt en/of mantelzorger dat de ring van zorg en veiligheid er altijd is – de 7 x 24-uurs bereikbaarheid – en altijd functioneert. Zo rapporteert het NIVEL dat het gevoel van veiligheid weer afnam toen in een aantal gevallen de techniek niet functioneerde of de zorgcentrale niet bereikbaar bleek.¹⁹ Het verbeteren van techniek en organisatie zal, zo mag worden verwacht, leiden tot een nog groter gevoel van veiligheid.

Ook de integratie van personenalarmering in de videocommunicatie doet het gevoel van veiligheid toenemen, zo blijkt uit de rapportage van het NIVEL.²⁰ Belangrijk voordeel van die integratie is dat bij alarm de verzorgende van afstand kan meekijken. Iets meer dan de helft van de deelnemende instellingen laat medewerkers dat doen.

Verwacht mag worden dat ook het aanbieden van andere alarmerings- en beveiligingsfuncties samen met videocommunicatie – twee en soms slechts één van deelnemende instellingen doet dat – een zelfde effect zal hebben. Die combinatie zal het gevoel van veiligheid vergroten. Wel is dan van belang – zeker ook vanuit cliëntenperspectief gezien – dat de verschillende componenten in technisch opzicht onderling geïntegreerd en gebruiksvriendelijk functioneren. En daaraan ontbreekt het nog al eens.

3.2.1.1.2 Toename (gevoel van) zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid wil zeggen dat mensen zichzelf kunnen helpen en voor zichzelf kunnen zorgen. De inspanningen van verpleegkundigen en verzorgenden zijn er mede op gericht dat doel te bereiken. Naarmate mensen zelfredzamer zijn, hebben zij minder hulp van anderen – familie, bekenden, mantelzorgers, professionals – nodig, hetgeen vaak een positieve werking heeft op de ervaren gezondheid. Toename van zelfredzaamheid kan mantelzorgers ontlasten.

¹⁵ Peeters, De Veer en Francke (2008), par. 4.6

¹⁶ Idem, par. 4.7 en 4.8

¹⁷ Idem, par. 4.6

¹⁸ Idem, par. 6.7

¹⁹ Idem, par. 4.8

²⁰ Idem, par. 4.8

Volgens het NIVEL-onderzoek vindt 34% van de cliënten dat hun zelfredzaamheid door het videonetwerk is toegenomen.²¹ 19% vindt dat ze daardoor professionele hulpverleners minder nodig heeft en 26% vindt dat men daardoor de hulp van familie en mantelzorgers minder nodig heeft.²² Van de mantelzorgers vindt 18% dat de naaste minder vaak een beroep op hen doet. En 12% van de ondervraagde mantelzorgers vindt dat hij minder tijd besteedt aan zijn naaste.²³

Dit beoogde effect van zorg-op-afstand – toename zelfredzaamheid – doet zich voor, maar het zou beter kunnen. De stelling lijkt gerechtvaardigd dat de mogelijkheid van videocommunicatie op zich – met inbegrip van een effect als de toename van het gevoel van veiligheid – slechts in beperkte mate leidt tot een toename van de zelfredzaamheid. Daartoe is kennelijk meer nodig, maar ook dat meerdere kan via het videonetwerk worden geleverd. Denk aan gerichte inspanningen van verpleegkundigen en verzorgenden. Of het aanbieden van specifiek op bevordering van zelfredzaamheid gerichte producten en diensten, zoals (interactieve) instructie- en begeleidingsprogramma's. Telebegeleiding is ook een voorbeeld. Twee instellingen bieden dit aan, maar los van videocommunicatie. Eén instelling biedt een ondersteuningsprogramma aan, overigens vooral gericht op mantelzorgers.

Maar er zijn nog meer mogelijkheden: boodschappendienst, sociaal contact met buurtgenoten, vrijetijdsbesteding, digitale fotoboeken. De rapportage van Nouws (2008) beschrijft onder de arrangementen 'vinger aan de pols', 'compensatie' en 'meedoen' tal van voorbeelden waaraan hierbij kan worden gedacht. Enkele voorbeelden: 'informatie op maat', 'peer groups', 'leefstijlagenda', 'lotgenotencontact' en 'dienstenbestellen'.²⁴ Het aanbieden van deze instrumenten voor zelfmanagement via het netwerk, in combinatie met activerende begeleiding door zorgverleners, zou tot meer resultaten kunnen leiden als het gaat om toename van zelfredzaamheid. Samenvattend: toename van dit gevoel zou kunnen worden bevorderd door het aanbieden van daarop gerichte producten en diensten, en door het stimuleren en ondersteunen door zorgverleners.

3.2.1.1.3 Toename contactmogelijkheden

Videocommunicatie vormt een extra communicatiemiddel naast reeds bestaande middelen, zoals het fysieke contact, het geschreven woord en de telefoon. Of dit extra middel ook daadwerkelijk leidt tot een toename van contactmogelijkheden, hangt af van het aantal mensen met wie contact kan worden opgenomen. Anders gezegd: het aantal videoaansluitingen elders bepaalt mede de meerwaarde van videocommunicatie. Verder is deze meerwaarde afhankelijk van aspecten als het gebruiksgemak, de kwaliteit van de communicatie, en van de situatie waarin een cliënt zich bevindt. Voor iemand die minder mobiel is, zal videocommunicatie bijvoorbeeld een grotere meerwaarde hebben. Voor hem of haar is videocommunicatie niet zelden een alternatief voor fysiek contact.

²¹ Peeters, De Veer en Francke (2008), par. 4.8

²² Idem, par. 4.7

²³ Idem, par. 4.10

²⁴ Nouws (2008), hoofdstuk 2

Met videocommunicatie nemen cliënten (sneller) contact op waar zij dat vroeger niet (zo snel) zouden hebben gedaan. De bereikbaarheid van instanties of personen neemt toe.

Relevante factoren bij het realiseren van het beoogde voordeel van videocommunicatie zijn dus het aantal videoaansluitingen, de meerwaarde van het middel in het algemeen en voor de persoon in kwestie. Het aantal videoaansluitingen bij de koplopers is op dit moment nog beperkt, en bovendien doorgaans beperkt tot de cliënten en de zorgcentrale. Soms zijn ook andere personen of instanties aangesloten, zoals elders wonende mantelzorgers of zorgverleners van het wijkteam. Technisch is het nog niet mogelijk contact te leggen met mensen die bij een ander videonetwerk zijn aangesloten. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat nog slechts 11% van de cliënten in de NIVEL-peiling aangeeft door het videonetwerk meer contacten met anderen te hebben. Dat wel altijd verbinding kan worden gemaakt met een verpleegkundige op de centrale of van de wijk, zal ertoe hebben geleid dat 47% van de cliënten vindt dat de bereikbaarheid van de thuiszorg sterk is verbeterd. Dit ondanks de technische problemen waarover we hiervoor spraken.²⁵

Door een toename van contactmogelijkheden, zouden mensen zich minder eenzaam kunnen voelen. In de NIVEL-rapportage zegt echter niet meer dan 29% van de cliënten zich inderdaad minder eenzaam te voelen, tegenover 48% die zegt dat dit niet het geval is. Dit geeft mede aan dat de toename van contactmogelijkheden op dit moment nog maar beperkt is.²⁶

40% van de cliënten zegt meer emotionele ondersteuning te krijgen van de thuiszorg. Dit geeft niet alleen aan dat juist met de thuiszorg de contactmogelijkheden wel zijn toegenomen, maar zegt ook iets over de kwaliteit van die contacten.²⁷ In dit verband is tekenend dat 33% van de cliënten zegt het videonetwerk vooral te gebruiken voor sociaal contact ('een praatje') met de medewerkers van de zorgcentrale. Ook bij de mantelzorger doet zich – zelfs nog in sterkere mate – dit effect voor: 51% geeft aan zich meer ondersteund te voelen.²⁸

Samenvattend kunnen we stellen dat nog slechts in beperkte mate sprake is van toename van contactmogelijkheden voor de cliënt. Dat heeft duidelijk vooral te maken met het nog beperkte aantal aansluitingen. Mensen kunnen nog geen contact opnemen met voor hen belangrijke personen. Toch lijkt de meerwaarde van videocommunicatie aanwezig, juist in de situatie en voor de mensen waarom het hier gaat. Dit extra communicatiemiddel leidt er nu al toe dat mensen zich minder eenzaam en meer ondersteund voelen. Die meerwaarde zou nog meer kunnen worden uitgenut. Flinke winst valt te behalen door uitbreiding van het aantal aansluitingen en van het aantal diensten en functies. Hoe meer diensten worden aangeboden en hoe meer mensen zijn aangesloten, des te zinvoller wordt aansluiting voor mensen die nog niet zijn aangesloten.

²⁵ Peeters, De Veer en Francke (2008), par. 4.7

²⁶ Idem, par. 4.7

²⁷ Idem, par. 4.7

²⁸ Idem, par. 4.10

3.2.1.1.4 *Toename eigen regie*

Eigen regie is een moeilijk te definiëren begrip, hoewel ieder wel ongeveer begrijpt wat er mee wordt bedoeld. Elementen daarin zijn: zelf keuzes kunnen maken, en zelf kunnen bepalen wat er gebeurt en hoe iets moet worden ingericht. De eigen keuzes en aanwijzingen moeten vervolgens ook in de praktijk effect sorteren. Regie voeren over het eigen leven betekent dat men niet wordt geleefd, maar zelf bepaalt hoe men zijn of haar leven wil inrichten. Uiteraard gelden daarbij allerlei beperkingen en grenzen. Niet alles is mogelijk. En daarmee moet men dan weer leren leven.

Ook als het gaat om regie over de zorg, hebben cliënten te maken met beperkingen en grenzen. De zorgverlener zal vanuit zijn professionele verantwoordelijkheid een aantal van die beperkingen en grenzen aangeven. Maar hij zal ook mogelijkheden aanreiken, zodat de cliënt vervolgens kan kiezen.

Het al dan niet toenemen van de eigen regie bij cliënten is niet als zodanig in de NIVEL-peiling gemeten. De huidige videonetwerken bieden mensen-thuis de mogelijkheid 7x24 uur de hulp van een verpleegkundige of verzorgende in te roepen. Zij kunnen zelf bepalen wanneer zij dat doen. In die zin is sprake van toename van eigen regie. Maar er is natuurlijk veel meer mogelijk. Sommige van de koplopers zijn die weg al opgegaan, door mensen een keuzearrangement aan te bieden met meerdere diensten en producten die men op afstand kan krijgen. Wanneer het aantal contactmogelijkheden toeneemt, kunnen mensen zelf nog meer keuzes maken. Zorg en diensten worden daardoor ook beter afgestemd op de behoeften van de cliënt.

Toename van eigen regie van de cliënt lijkt dus een reële optie. Maar er zal nog het nodige moeten gebeuren voordat die belofte is ingelost: zowel wat betreft techniek als wat betreft het – geïntegreerd en gebruiksvriendelijk – aanbieden van meer producten en diensten.

3.2.1.1.5 *Toename zelfstandigheid*

Zelfstandigheid is een moeilijk te definiëren begrip. Het leunt zwaar aan tegen begrippen als eigen regie en zelfredzaamheid. Voor veel van de mensen die zijn ondervraagd, zal zelfstandigheid toch vooral betekenen: zelfstandig een huishouden kunnen voeren, eventueel met enige ondersteuning. Gevolg van die zelfstandigheid is dat men langer thuis kan blijven wonen.

In de NIVEL-peiling vond 61% van de cliënten dat zij dankzij het videonetwerk langer thuis konden blijven wonen, terwijl slechts 32% vond dat hun zelfstandigheid was toegenomen. Dit verschil kan te maken hebben met de omstandigheid dat mensen bij de beantwoording van de tweede vraag meenamen dat zij toch nog enige hulp nodig hadden. Het kan ook te maken hebben met het feit dat die vraag enkel in de mondelinge interviews is gesteld en dus aan een beperktere groep. Van de zorgcentralisten en de thuiszorgmedewerkers – de wijkverpleegkundigen – vond 67% respectievelijk 55% dat cliënten langer thuis kunnen blijven wonen dankzij het videonetwerk.

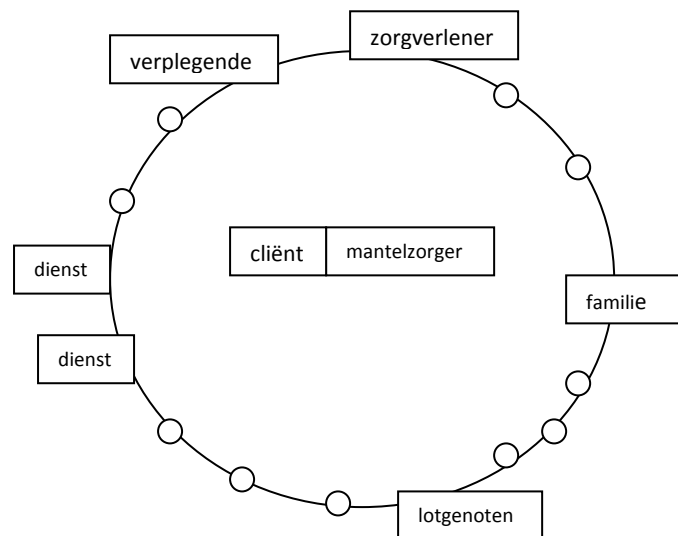
Het verwachte voordeel is dus duidelijk opgetreden. Maar op zich is dit ook niet verwonderlijk na de eerdere gegevens over het toegenomen gevoel van veiligheid.

Door videocommunicatie wordt een ring van zorg en veiligheid rondom een cliënt en diens mantelzorgers gelegd. Eigenlijk is dat een beetje hetzelfde als wat in een verzorgings-, verpleeg- of ziekenhuis gebeurt. In zo'n intramurale setting wordt immers gedurende 7x24 uur een veilige omgeving van zorg gecreëerd, waarin de cliënt – indien nodig – kan terugvallen op deskundige hulp en ondersteuning. In beginsel gebeurt hetzelfde bij zorg-op-afstand.

Net als bij de toename van veiligheid, geldt bij dit verwachte effect van zorg-op-afstand dat uitbreiding van diensten, functies en contactmogelijkheden het optreden ervan zal versterken.

3.2.1.2 Reflectie

Uit onze analyse blijkt dat nog niet alle verwachte voordelen van zorg-op-afstand (volledig) zijn bereikt. Er is nog veel meer mogelijk, maar daarvoor is het in elk geval van belang het aanbod aan functies en diensten te verbreden. Ook in de interviews met de projectmanagers, komt die noodzaak tot verbreding van functies en diensten duidelijk naar voren (zie hoofdstuk 2). De ring van zorg en veiligheid, die door de inzet van videocommunicatie rondom de cliënt en haar of zijn naaste wordt aangelegd, wordt daardoor steviger en krijgt voor cliënt en mantelzorgers ook meer betekenis. Het wordt daardoor namelijk ook een ring van informatie, communicatie, sociaal contact, dienstverlening, comfort, gemak en ontspanning.



Figuur 8: Ring van zorg, veiligheid, informatie, communicatie, sociaal contact, dienstverlening, comfort, gemak en ontspanning rondom de cliënt en diens mantelzorgers

In figuur 8 geven de rechthoekjes mensen weer: de cliënt, diens mantelzorgers en de mensen met wie zij contact kunnen opnemen: de verpleegkundige en verzorgende, de arts, familieleden en andere mantelzorgers, buurtgenoten, lotgenoten, dienstverleners. De bolletjes geven zaken weer als brandalamering, inbraakalarmering, valdetectie, sensoren.

Bij de verbreding van functies en diensten is het wel van belang uit te gaan van de behoeften, problemen en vragen van mensen. Nog teveel worden – zo gaven de projectmanagers in de gesprekken aan – de ontwikkelingen gestuurd vanuit wat nu technisch mogelijk is, dus door wat de technologieleveranciers op de plank hebben liggen. De ontwikkelde techniek zal echter moeten uitgaan van de behoeften van mensen-thuis. Er moet dus meer en beter worden geluisterd naar mensen: wat willen zij precies?

Zorgaanbieders en zorgverleners vervullen bij deze moeilijke taak – achterhalen wat mensen precies willen – een belangrijke rol. De koplopers proberen deze taak goed in te vullen. Ook binnen het programma *Zorg op afstand, dichterbij* wordt hieraan aandacht besteed. In het onderzoek dat Henk Nouws in overleg met het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand heeft uitgevoerd wordt uitgegaan van de problemen van mensen-thuis en de zorgdoelen die zij stellen om daar wat aan te doen.²⁹ Van daaruit wordt gekeken naar de mogelijkheden van de techniek. Nouws benoemt cliëntgroepen voor wie inzet van zorg-op-afstand interessant kan zijn om deze zorgdoelen te bereiken.

Op deze weg, die leidt tot tal van ideeën, mogelijkheden en *eyeopeners*, zullen we met zorg-op-afstand verder moeten gaan. Zo kunnen instellingen veel duidelijker aan de leveranciers van techniek duidelijk maken waar precies behoefte aan bestaat. Ook kunnen zij aangeven in welke richting de techniek zich verder zou moeten ontwikkelen, maar ook wat de (bijzondere) eisen zijn die vanuit de zorg aan de techniek worden gesteld.

Ook geeft deze benadering zorgaanbieders en zorgverleners de mogelijkheid om samen met mensen uit de doelgroep arrangementen met zorg-op-afstand te ontwikkelen voor specifieke cliëntgroepen. Deze arrangementen omvatten zorg die zowel fysiek als op afstand kan worden geboden, in combinatie met andere dienstverlening-op-afstand. Elke cliënt uit de doelgroep kan vervolgens in overleg met haar of zijn zorgverlener uit een model-arrangement een arrangement van zorg en diensten samenstellen dat het beste bij zijn individuele situatie past.

Uiteindelijk moet dit het uitgangspunt blijven: iedere mens is uniek. Mensen uit een specifieke doelgroep mogen dan wel vergelijkbare gezondheidsproblemen hebben, dat wil niet zeggen dat zij ook dezelfde zorgproblemen hebben, of dezelfde behoeften aan hulp en ondersteuning. En uiteraard kunnen hun persoonlijke omstandigheden, opvattingen en voorkeuren verschillen. Projectmanagers geven aan dat naast gezondheidsproblemen en zorgbehoeften vooral ook persoonlijke kenmerken van mensen bepalen of zij gebruik willen en kunnen maken van zorg-op-afstand. Ook in de rapportage van Henk Nouws wordt aan dat aspect aandacht geschonken.³⁰ We zullen een scherper beeld moeten krijgen van relevante persoonlijke kenmerken. Dit inzicht kunnen cliënten, mantelzorgers en zorgverleners weer gebruiken bij hun beslissing al dan niet te kiezen voor zorg-op-afstand.

²⁹ Nouws (2008).

³⁰ Idem, pag. 33 e.v.

Verwacht mag worden dat door de verbreding van diensten meer mensen van zorg-op-afstand gebruik zullen maken. Deze opschaling – van aantallen gebruikers – is weer nodig om bepaalde verwachte voordelen van zorg-op-afstand (sterker) te realiseren. Door opschaling ontstaan meer mogelijkheden tot contact, waardoor het nut van videocommunicatie voor mensen-thuis toeneemt en dat voordeel van zorg-op-afstand meer en sterker uit de verf komt. Eveneens mogen we verwachten dat verbreding van het aanbod en het sterker aansluiten bij de behoeften van specifieke groepen, het effect van zorg-op-afstand op de zelfredzaamheid van mensen zal doen toenemen.

Een belangrijk aspect daarbij vormen ook de kosten van videocommunicatie en van de diensten, producten en functies die via het videonetwerk worden geleverd. De kosten moeten uiteindelijk in verhouding staan tot de meerwaarde van de extra communicatiemogelijkheid en van de levering van diensten, producten en functies langs de weg van videocommunicatie. In het begin zijn deze kosten nog relatief hoog. Na verloop van tijd – als de kosten van ontwikkeling en investering in infrastructuur zijn gedaan én door toename van het aantal aansluitingen de prijs van de techniek gaat dalen – zal ook de prijs van een aansluiting omlaag gaan. Daardoor komt een aansluiting voor meer groepen binnen bereik.

Duidelijk is dat de effecten van zorg-op-afstand op mensen-thuis elkaar beïnvloeden en elkaar versterken. Door verbreding en opschaling ontstaat een zichzelf versterkend proces, waarin geleidelijk de beoogde voordelen van zorg-op-afstand bij mensen-thuis meer én sterker kunnen worden gerealiseerd. De ervaringen van de koplopers, zoals beschreven en geanalyseerd in de monitoronderzoeken, geven aan dat de verwachtingen van zorgaanbieders en projectleiders ten aanzien van de mogelijke voordelen van zorg-op-afstand voor mensen-thuis zeker reëel zijn.

3.2.2 Voordelen voor zorgverleners

Tot nu toe hebben we steeds gesproken over zorg en daarbij onze focus gericht op mensen die zorg nodig hebben. Het gaat dan om mensen die niet alleen een gezondheidsprobleem hebben of zouden kunnen krijgen (cure), maar die daarnaast ook problemen hebben of zouden kunnen krijgen op zorgterrein (care). In de care vormen verpleging en verzorging een kerndiscipline. De taak en deskundigheid van verpleegkundigen en verzorgenden is gelegen in het ondersteunen van mensen met (dreigende) zorgproblemen. Dat doen zij met raad en daad. Hun inspanning is erop gericht het zorgvermogen van mensen te vergroten en aanvullend alle hulp en steun te verlenen die mensen nodig hebben. Het kan hierbij gaan om fysieke hulp, sociale en psychologische ondersteuning, instructie en voorlichting.

Welke voordelen biedt zorg-op-afstand nu – mede gelet op de inhoud van hun beroep – voor deze zorgverleners in de care? In het begin van de ontwikkeling van zorg-op-afstand heeft deze vraag wat minder aandacht gekregen. De laatste tijd is daar echter verandering in gekomen.

De vraag kwam expliciet aan de orde tijdens de bijeenkomst, die begin dit jaar is gehouden met verpleegkundigen en verzorgenden uit alle instellingen die bezig zijn met zorg-op-afstand.

In het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand heeft dit geleid tot verdere discussie en tot een omschrijving van de te verwachten voordelen van zorg-op-afstand voor verpleegkundigen en verzorgenden. Hieronder zullen we deze voordelen behandelen, afgesloten met een korte reflectie.

3.2.2.1 De beoogde voordelen

3.2.2.1.1 Toename aanwezigheid

Voor de verpleegkundige en verzorgende is het belangrijk de cliënt en diens mantelzorger goed te volgen, zodat zij steeds weet in welke toestand de cliënt zich bevindt. Zo kan zij wanneer dat nodig is – en afgestemd op de situatie – zorg en ondersteuning bieden. Presentie is een essentieel aspect in het professioneel handelen van de beroepsgroep.³¹

Het is echter fysiek nagenoeg onmogelijk steeds aanwezig te zijn. Die belemmering wordt door zorg-op-afstand opgeheven. Zorg-op-afstand geeft de verpleegkundige de mogelijkheid steeds aanwezig te zijn, zij het op de achtergrond. En misschien is enkel op de achtergrond wel niet zo slecht. De meeste mensen zullen immers een permanente fysieke aanwezigheid van een verplegende niet zo op prijs stellen. Presentie via videocommunicatie is dan meer dan een substituuut, het vormt in wellicht in de meeste van de gevallen een ideale oplossing. En een belangrijke verrijking van het beroep.

Volgens de NIVEL-peiling vindt 84% van de zorgcentralisten dat door het videonetwerk de situatie van cliënten beter kan worden ingeschat dan alleen bij telefonisch contact. 69% vindt dat eerder kan worden gesignaleerd of het minder goed gaat met de cliënt en eveneens 69% vindt dat er beter kan worden beoordeeld of er hulp nodig is. Bij de thuiszorgmedewerkers – de verpleegkundigen in de wijk – liggen deze percentages op 80%, 70% en 80%.³² Geconcludeerd kan worden dat het verwachte voordeel – toename aanwezigheid zorgverlener – zich inderdaad voordoet.

Wat voor cliënten en hun mantelzorgers een cirkel van zorg en veiligheid is, vormt voor verpleegkundigen en verzorgenden een cirkel van presentie. Via deze cirkel kunnen zij cliënten volgen, snel signaleren als er iets aan de hand is, en beter beoordelen of en welke hulp nodig is. Belangrijke factoren daarbij lijken – ook hier – het visuele element, de 7x24 aanwezigheid en de rol van de zorgcentrale.

De cirkel van presentie zou voor zowel de cliënt als voor de wijkverplegende aan waarde winnen als ook deze professional in de cirkel kan delen. Bijvoorbeeld door een goede terugkoppeling vanuit de zorgcentrale en/of door ook het wijkteam aan te sluiten op het videonetwerk. Hier valt nog winst te behalen.

³¹ Baart en Grypdonck (2008).

³² Peeters, De Veer en Francke (2008), par. 5.4

Zo geeft 33% van de centralisten en 20% van de wijkverpleegkundigen aan dat de informatieoverdracht³³ niet goed is geregeld. Bij slechts een beperkt aantal instellingen is ook de wijk aangesloten op het videonetwerk.

3.2.2.1.2 *Toename contactmogelijkheden*

Net als voor cliënten en mantelzorgers, geldt ook voor verpleegkundigen en verzorgenden dat videocommunicatie de potentie heeft tot vergroting van contactmogelijkheden. Of die belofte wordt ingelost, zal ook hier afhangen van het aantal aansluitingen en van de meerwaarde van videocommunicatie in vergelijking tot andere vormen van communicatie. Die meerwaarde zal ook hier worden bepaald door aspecten als het gebruiksgemak van het nieuwe middel, de kwaliteit van de communicatie enzovoort, En door de situatie waarin een verpleegkundige of verzorgende zich bevindt.

Uit de NIVEL-peiling blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden de kwaliteit van de communicatie even hoog of zelfs nog hoger waarderen dan cliënten. Zo geeft 82% van de zorgcentralisten aan het fijn te vinden om oogcontact te hebben met cliënten; 84% vindt het handig dat cliënten hen dingen kunnen laten zien en 41% vindt het prettig in de kamer van cliënten te kunnen kijken. Dat laatste aspect van de videocommunicatie wordt overigens iets minder hoog gewaardeerd dan de overige. Ook vindt 81% van de zorgcentralisten en 91% van de thuiszorgmedewerkers dat contact via videocommunicatie een belangrijke meerwaarde voor cliënten heeft in vergelijking met telefonisch contact.³⁴

De kwaliteit van videocommunicatie als communicatiemiddel in de zorg wordt door verpleegkundigen en verzorgenden kennelijk hoog gewaardeerd. Dat rechtvaardigt een bredere inzet van videocommunicatie als extra communicatiemiddel in de zorg. Men kan er meer mee doen. Tot nu toe zijn doorgaans vooral zorgcentralisten aangesloten, maar men zou kunnen overwegen ook verpleegkundigen in de wijk een aansluiting te geven. Tot nu toe wordt het videonetwerk vooral gebruikt voor sociaal contact en zorg op afroep. Men zou kunnen overwegen veel meer zorg via videocommunicatie te geven en daartoe zelf ook vanuit de verpleging en verzorging het initiatief te nemen. Uiteraard zou dit dan wel van tevoren met de cliënt moeten zijn doorgesproken en hij of zij zou er natuurlijk mee moeten instemmen.

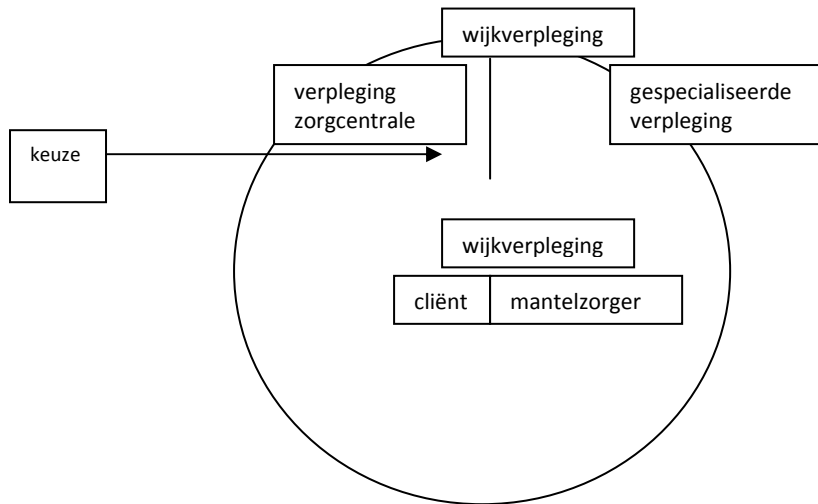
Dit betekent weer dat aan alle daarvoor in aanmerking komende cliënten reeds bij de intake aansluiting aan het videonetwerk moet worden aangeboden. Bij de intake kan de mogelijkheid besproken worden een deel van de zorg via videocommunicatie te leveren.

Voor de verpleegkundigen in de wijk betekent dit weer dat ook zij de keuze hebben zorg fysiek of via het videonetwerk te leveren. De flexibiliteit in de zorgverlening neemt daardoor toe. Ook de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen kan in deze opzet worden betrokken.

³³ Idem, par. 5.6

³⁴ Idem, par. 5.4

Deze professional kan dan zelf een beeldverbinding maken met de cliënt of door de verpleegkundige in de wijk worden ingeschakeld. Zo kan een fijnmazig netwerk van zorgverlening rondom een patiënt ontstaan met een grote variëteit aan contactmogelijkheden (zie figuur 9).



Figuur 9: *netwerk van zorgverlening rondom een cliënt met gebruik van videocommunicatie*

De mogelijkheid van videocommunicatie hoeft dus niet beperkt te blijven tot de zorgcentrale, maar kan zich uitstrekken over meer zorgverleners. Deze methode van communiceren daalt als het ware neer in de organisatie, waardoor zorg-op-afstand kan integreren in de reguliere zorg (ofwel: verdieping). Zorg-op-afstand wordt zo meer en meer een nieuwe wijze van zorgverlening, en niet zozeer een nieuwe dienst of product.

Door de integratie in de reguliere zorg, neemt ook het aantal contactmogelijkheden toe, niet alleen tussen cliënt, mantelzorger en verpleegkundigen of verzorgenden, maar ook tussen verpleegkundigen onderling. En tussen verpleegkundigen, verzorgenden en andere zorgverleners, zoals een huisarts of specialist. Videocommunicatie kan op die manier ook bijdragen aan verbetering van de intercollegiale en interdisciplinaire afstemming, coördinatie en samenwerking in de zorg. Aan deze mogelijkheid wordt door de koplopers wel gedacht en gewerkt, maar zij is in de praktijk nog slechts sporadisch gerealiseerd.

Net als bij cliënten geldt ook hier dat een toename van de contactmogelijkheden zeer zeker mogelijk is, maar dat deze zich door het geringe aantal aansluitingen tot nu toe nog maar in beperkte mate voordoen. Belangrijke voorwaarde vormt de integratie van zorg-op-afstand in de reguliere zorg. Sta-in-de-weg hierbij is wel dat zowel de organisatie van de zorg als de zorgprocessen zelf dan moeten worden aangepast.

3.2.2.1.3 *Toename signaleringen en interventiemogelijkheden*

Door uitbreiding van videocommunicatie met andere producten en functies, komen langs verschillende wegen – via sensoren, *vital signs*, monitoren, alarmering et cetera – signalen binnen, die de verpleegkundige of verzorgende informatie geven over de situatie waarin een cliënt zich bevindt. Zij kan dan beter volgen wat er met een cliënt aan de hand is en , indien nodig adequaat reageren. Ook komen producten en diensten ter beschikking, die de men kan inschakelen bij de ondersteuning, begeleiding, advisering en instructie van een cliënt. Denk aan producten en diensten als instructieprogramma's, een leefstijlagenda, een to-do-list enzovoort. Maar ook kan een verpleegkundige of verzorgende via het videonetwerk andere hulpverleners inschakelen, in de vorm van doorverwijzing of consultatie. Zelfs is het mogelijk een gesprek met een andere hulpverlener te beleggen met de cliënt en/of diens mantelzorger erbij.

Deze verbeteringen zijn zeker mogelijk, maar nog niet ten volle gerealiseerd. Daarvoor is uitbreiding van diensten en functies nodig (verbreding) en uitbreiding van het aantal mensen, dat is aangesloten (opschaling).

3.2.2.2 *Reflectie*

Van de verwachte voordelen van zorg-op-afstand voor de zorgverleners, doet zich het voordeel van de vergroting van de aanwezigheid duidelijk voor. De andere verwachte voordelen – toename van contactmogelijkheden, van signaleringen en interventiemogelijkheden – tekenen zich af, maar er moet nog het nodige gebeuren om die voordelen ten volle binnen te halen.

Belangrijk is dat zorg-op-afstand de zorgverleners meer mogelijkheden geeft datgene te doen wat de essentie van hun beroep uitmaakt. Zij krijgen meer mogelijkheden mensen te volgen en nabij te zijn. Zij kunnen, zij het op afstand, altijd aanwezig zijn. Ze krijgen meer signalen over de toestand waarin de cliënt zich bevindt. Daarnaast nemen hun mogelijkheden tot interventie toe. Zij kunnen nu ook op afstand sociale en psychologische ondersteuning, instructie, voorlichting en advies geven. Daarnaast kunnen zij via het videonetwerk gemakkelijk andere hulpverleners inschakelen of naar hen doorverbinden.

Zorg-op-afstand heeft dus alles in zich om het beroep van verpleegkundige en verzorgende te verrijken en de essentie weer beter tot zijn recht te laten komen.

Ook zal het werk flexibeler kunnen worden ingericht en krijgt de verpleegkundige en verzorgende meer eigen verantwoordelijkheid. De verscheidenheid in het aanbod aan werk neemt toe, zodat mensen die bijvoorbeeld vanwege lichamelijke klachten nu niet kunnen worden ingeschakeld, weer aan het werk kunnen.

De peilingen van het NIVEL bevestigen deze verwachtingen. Zo geeft 84% van de zorgcentralisten aan dat het werk gevarieerder is geworden sinds de introductie van het videonetwerk. Bij de thuiszorgmedewerkers – de verpleegkundigen in de wijk – is dat nog maar 50%.

Wanneer ook deze professionals worden aangesloten, zoals eerder gesuggereerd, zal dit percentage wellicht hoger uitvallen. Van de centralisten en de thuiszorgmedewerkers vindt 81% respectievelijk 70% dat nieuwe ontwikkelingen als het videonetwerk het werk aantrekkelijker maken.

Ten slotte denkt 81% van de zorgcentralisten en 90% van de thuiszorgmedewerkers dat het werken als zorgcentralist nieuwe kansen biedt voor verpleegkundigen en verzorgenden die nu niet aan het werk zijn vanwege lichamelijke klachten.

Door uitbreiding van het aantal aansluitingen, door uitbreiding van diensten en door integratie in de reguliere zorg zullen, zo mag worden verwacht, bovengenoemde voordelen voor de inhoud en uitoefening van het beroep van verpleegkundige en verzorgende zich alleen maar in nog sterkere mate voordoen. Er ontstaat dan een heel ander soort zorg, met een andere organisatie en andere zorgprocessen.

Toch blijken vele verpleegkundigen en verzorgenden een haast instinctieve afkeer te hebben van zorg-op-afstand. Vele projectmanagers krijgen daarmee te maken, wanneer ze bezig zijn zorg-op-afstand binnen hun instelling te introduceren en in te voeren. Gezien de beroepsopvatting en de professionele attitude van verpleegkundigen en verzorgenden is die afkeer overigens wel te verklaren. Men wil de cliënt nabij zijn, hem als het ware kunnen ervaren. En men gaat – zeer begrijpelijk – uit van de gedachte dat fysieke nabijheid daarvoor noodzakelijk is. Het is voor een verplegende of verzorgende wellicht moeilijk zich voor te stellen dat het anders kan.

De praktijk leert echter dat onbekend kennelijk onbemind maakt. Als verpleegkundigen en verzorgenden zelf de werking en de mogelijkheden van zorg-op-afstand kunnen ervaren en zien dat het anders is én anders kan, dan veranderen als vanzelf de voorstellingen en ideeën. En niet zelden, zo leert de ervaring, slaat de aanvankelijke afkeer om in enthousiasme en in de behoefte om zelf met zorg-op-afstand aan de slag te gaan. Dat wordt bevestigd door de positieve uitkomsten van de NIVEL-peiling onder zorgcentralisten en andere zorgmedewerkers, die immers aan den lijve de werking en de mogelijkheden van zorg-op-afstand hebben ervaren.

Het is daarom belangrijk zorgverleners tijdig te betrekken bij de invoering van zorg-op-afstand, hen te laten meedenken over mogelijkheden, maar hen ook te laten zien en ervaren wat het is en kan zijn. Laat ze als het ware met de mogelijkheden spelen. De instellingen in het programma *Zorg op afstand, dichterbij* zijn inmiddels al deze weg opgegaan en worden daarbij ook vanuit het programma ondersteund.

Om alle verwachte voordelen binnen te halen zijn, zijn ook hier opschaling naar meer gebruikers en verbreding naar meer diensten, producten en functies van belang. Maar vooral gaat het om de integratie van zorg-op-afstand in de reguliere zorg. Dus naast opschaling en verbreding, is verdieping nodig.

3.2.3 Voordelen voor de zorg-als-geheel

Voor de zorg-als-geheel worden vooral als voordelen verwacht dat beter kan worden voorzien in behoeften van cliënten, en mensen en middelen beter kunnen worden benut.

Deze voordelen komen hieronder afzonderlijk aan bod.

3.2.3.1 Beter voorzien in behoeften

De verwachting is dat door zorg-op-afstand de cliënt meer dan tot nu toe de juiste zorg en/of hulp krijgt. Vraag en aanbod gaan beter op elkaar aansluiten. Deze verwachting wordt ingegeven door het feit dat door zorg-op-afstand cliënt en zorgverlener elkaar meer nabij zijn. De zorgverlener kan beter zien en volgen wat er met de cliënt aan de hand is. De cliënt krijgt een beter inzicht in wat er precies kan worden geboden, hetgeen ook visueel duidelijk kan worden gemaakt. Belangrijk is ook dat de cliënt zelf kan kiezen uit het aanbod aan diensten dat op afstand kan worden verleend. Ook is relevant dat het daarbij om een aanbod gaat dat niet alleen zorgdiensten omvat, maar ook diensten, producten en functies op het terrein van veiligheid, welzijn en sociaal contact. Uit onderzoek en ervaring weten we immers dat een deel van de vraag naar professionele zorg niet zozeer voortkomt uit een behoefte aan zorg, maar uit een behoefte aan sociaal contact, veiligheid en welzijn. Door op die terreinen diensten aan te bieden, wordt op een directe wijze voorzien in de feitelijke behoefte van de cliënt. En het is die behoefte, waar het om gaat.

Het beoogde voordeel om beter te kunnen voorzien in behoeften lijkt een reële optie. Zowel het aantal diensten als de keuzemogelijkheid voor mensen-thuis en zorgverleners is toegenomen. Uit de voorgaande analyses blijkt evenwel dat nog veel meer mogelijk is. Dat kan doordat vraag en aanbod dichter bij elkaar komen, waardoor dus een betere keuze mogelijk is. Maar vooral ook doordat een breder aanbod kan worden gedaan, waardoor men met de juiste dienst kan reageren op behoeften, ook als dat geen zorgbehoeften zijn. Zo kan een passender antwoord worden gegeven op datgene wat de cliënt wil.

3.2.3.2 Betere benutting van mensen en middelen

Wij hebben een beter benutten van mensen en middelen voor een deel aangeduid als een secundair effect, omdat het zich vooral zal gaan voordoen wanneer ook andere primaire effecten zijn opgetreden. Daarbij gaat het dan om de volgende effecten:

vergroting van (het gevoel van) zelfredzaamheid, waardoor de cliënt en diens naaste meer zelf kunnen doen;

toename van contactmogelijkheden, met name het actief vanuit de verpleging leveren van een deel van de zorg-op-afstand (waardoor reistijd kan worden uitgespaard);

beter voorzien in behoeften, met name het voorzien in behoeften aan sociaal contact, veiligheid en welzijn, waarvoor tot nu toe een beroep op de verpleging wordt gedaan.

Deze effecten zullen, zeker in onderlinge samenhang, ertoe leiden dat minder professionele zorg nodig is om op eenzelfde of zelfs beter kwalitatief niveau in de behoeften van cliënten en mantelzorgers te voorzien. Dit voordeel is maatschappelijk en politiek relevant, gezien de voorspelde kloof tussen vraag naar zorg en professioneel aanbod aan zorg. Zie ook wat wij hierover hebben opgemerkt in hoofdstuk 1.

Onze analyses op basis van de gegevens die ons nu ter beschikking staan, maken duidelijk dat deze verwachting reëel is, maar dat het optreden van dit effect pas over enige tijd ten volle kan worden verwacht. Een begin van dit effect tekent reeds af, zoals uit het onderzoek naar het KOALA-project blijkt (zie hoofdstuk 2).

Er is echter veel meer mogelijk, en het is van belang naar dat 'meer' te streven. Dan kunnen immers ook de andere voordelen van zorg-op-afstand worden binnengehaald. Bij dat alles is het vooral van belang te focussen op de voordelen van zorg-op-afstand voor cliënten, mantelzorgers en zorgverleners: de zorginhoudelijke effecten. Wie zich vooral richt op de effecten voor de arbeidsproductiviteit, ziet deze te gemakkelijk over het hoofd.

3.2.4 Binnenhalen van alle voordelen

Aan het begin van deze paragraaf gingen we na welke voordelen men in het algemeen met zorg-op-afstand verwacht te bereiken. We hebben deze voordelen ingedeeld naar voordelen voor cliënten en mantelzorgers, voor zorgverleners en voordelen voor de zorg-als-geheel. Deze hebben we vervolgens onderscheiden in primaire en secundaire voordelen. Daarna hebben we nagegaan in hoeverre in de eerste plaats de primaire voordelen zich hebben voorgedaan.

Daarbij bleek dat een aantal van deze voordelen zich inderdaad al hebben voorgedaan. Andere voordelen tekenen zich wel af en zijn in potentie zeker aanwezig, maar nog niet ten volle gerealiseerd. Voor alle voordelen geldt dat nog veel meer mogelijk is. Het begin is dus gemaakt. De perspectieven zijn hoopvol en positief. Maar er zal nog het nodige moeten gebeuren. Er is nog een lange weg te gaan voordat alle voordelen volledig zijn gerealiseerd. Daarvoor is nodig, zoals hiervoor ook al bleek, om een aantal wegen (verder) te bewandelen. Enerzijds hebben deze te maken met kennis, anderzijds met doen.

Waar het gaat om kennis zijn drie actielijnen van belang. In de eerste plaats moeten we verder gaan met vanuit de behoeften, problemen en wensen van de client en diens mantelzorger kijken naar mogelijke toepassingen van zorg-op-afstand. Welke diensten, producten en functies hebben voor wie meerwaarde? Nog meer dan tot nu toe zal daarbij onderscheid moeten worden gemaakt naar de verschillende cliëntgroepen.

In de tweede plaats zullen we, meer dan nu al gebeurt, moeten kijken naar de voordelen van zorg-op-afstand voor de zorgverleners. Dat betekent voorlichting geven en hen betrekken bij de invoering. Belangrijker nog is het om hen op dit terrein zelf zaken te laten ervaren en uit te vinden.

In de derde plaats is nodig beter zicht te krijgen op de voordelen van zorg-op-afstand voor de zorg-als-geheel. Welke mechanismen werken precies rondom de verwachte voordelen? Hoe kunnen deze worden bevorderd?

Als het gaat om doen, komen uit de voorgaande analyse duidelijk drie strategieën naar voren om alle mogelijke voordelen binnen te halen.

In de eerste plaats is opschaling om meerdere redenen absoluut noodzakelijk. Hoe meer mensen zijn aangesloten, des te zinvoller wordt een individuele aansluiting. Bovendien gaan de kosten van een individuele aansluiting dan dalen.

In de tweede plaats is naast opschaling van het aantal aangesloten mensen en instanties verbreding van belang: uitbreiding van diensten, producten en functies. Ook hier geldt dat daardoor de waarde van een individuele aansluiting toeneemt. Dit bleek duidelijk uit de uitgevoerde analyses.

Ten slotte is verdieping van belang: zorg-op-afstand verder integreren in de reguliere zorg en de organisatie en zorgprocessen daaraan aanpassen. Zorg-op-afstand is niet zozeer een nieuw product als wel een andere wijze van zorg verlenen. En niet alleen de frontoffice, maar ook de backoffice moet worden aangepast.

Deze drie strategieën zijn complementair, waarbij de strategieën van verbreden en verdiepen wegen zijn om opschaling te realiseren. Door te verbreden en verdiepen, werken we tegelijkertijd aan opschaling en komt ook opschaling meer in zicht.

Voor een goede uitvoering van deze strategieën zijn de kennis-actielijnen wezenlijk. Daarbij gaat het vooral ook om een goede interactie tussen kennis en doen.³⁵

3.3 Het invoeringsproces

In deze paragraaf kijken we eerst naar de invoering van zorg-op-afstand zoals die bij de koplopers plaatsvindt. Daarna nemen we het invoeringsproces nader onder de loupe. Wat voor soort innovatieproces is het precies? En wat betekent dat voor het vervolg? Ten slotte leggen we de uitkomsten van de vorige paragraaf naast deze uitkomsten en schetsen enkele naar ons gevoel wenselijke en haalbare lijnen naar de toekomst.

3.3.1 Invoeringssituaties

Zoals duidelijk voren kwam in de interviews die we met de projectmanagers hebben gehad – zie hoofdstuk 2 – kan men drie scenario's onderscheiden waarmee instellingen zorg-op-afstand invoeren:

- invoeren van videocommunicatie voor mensen met een AWBZ-indicatie;
- ontwikkelen van arrangementen met zorg-op-afstand voor specifieke cliëntgroepen;

³⁵ Vergelijk de rol van monitoring zoals beschreven in par. 1.5.

- opzetten van een communicatienetwerk voor een bepaalde gemeenschap.

3.3.1.1 Vergelijking invoeringssituaties

Tabel 3 geeft de verschillende invoeringssituaties weer. In de praktijk komen natuurlijk allerlei varianten voor. Deze 'ideaal-typische' weergave beoogt vooral de onderlinge verschillen tussen de drie invoeringssituaties te laten zien. Deze richten zich immers niet alleen op verschillende groepen van gebruikers, ze verschillen ook wat betreft diensten die worden aangeboden. En ze verschillen wat betreft bekostiging, techniek en organisatie.

In het algemeen geldt dat van invoeringssituatie 1 naar invoeringssituatie 2 of 3 de complexiteit en de onzekerheid toeneemt, maar ook het aantal voordelen.

	Doelgroep	Diensten	Financiering	Organisatie	Techniek
1	<i>mensen met een AWBZ-indicatie</i>	<i>AWBZ-zorg via videocommunicatie</i>	<i>tijdelijk via zorginfrastructuur en screen-to-screen op termijn vanuit reguliere tarieven</i>	<i>kan een zorgaanbieder in beginsel alleen</i>	<i>in beginsel beschikbaar</i>
2	<i>eenieder binnen een bepaalde gemeenschap</i>	<i>veelheid van diensten en producten; gebruiker kiest zelf</i>	<i>in ontwikkeling; meerdere bronnen</i>	<i>alliantie van aanbieders van diensten en producten</i>	<i>in ontwikkeling</i>
3	<i>specifieke klantgroepen</i>	<i>arrangement afgestemd op behoeften doelgroep</i>	<i>in ontwikkeling; meestal meerdere bronnen</i>	<i>meestal keten/netwerk van zorg- en dienstverleners werkzaam voor de betrokken doelgroep</i>	<i>in ontwikkeling</i>

Tabel 3: *invoeringssituaties van zorg-op-afstand*

In de eerste invoeringssituatie kiest een instelling ervoor te beginnen met invoering van videocommunicatie voor mensen met een AWBZ-indicatie. Zij richt zich daarbij op het aanbieden van AWBZ-zorgfuncties. Voordeel van deze situatie is dat de bekostiging in elk geval voor dit moment geregeld is. Bovendien is de techniek beschikbaar. Er zijn immers enkele bedrijven die inmiddels voldoende ervaring hebben opgedaan en die een videonetwerk kunnen aanleggen.

Nadeel van deze invoeringssituatie is dat nog onduidelijk is hoe de financiering van zorg-op-afstand uiteindelijk zal worden geregeld. De geldende regelingen hebben een tijdelijke karakter. Uiteindelijk zal de bekostiging moeten worden ondergebracht in de reguliere tarieven en budgetten.³⁶

Ook is het aantal voordelen van zorg-op-afstand in deze situatie beperkt. Uiteindelijk zal een instelling dus toch verder willen gaan dan videocommunicatie voor mensen met een AWBZ-indicatie.

De beide andere invoeringssituaties zijn complexer, zowel wat betreft de organisatie als de financiering en techniek. Een zorgaanbieder die besluit in één of meer van deze situaties te stappen, krijgt te maken met onzekerheden (overigens heeft dat ook zijn voordelen!).

Zowel de techniek als de bekostiging zijn nog in ontwikkeling. De benodigde technische infrastructuur en de applicaties bestaan uit een veelheid aan componenten, die moet worden samengebracht in een geïntegreerd functionerend en bovendien gebruikersvriendelijk geheel. Hetzelfde geldt voor de bekostiging: men krijgt te maken met een complex geheel van bekostigingsbronnen. De geldmiddelen uit al die bronnen moeten zo in elkaar worden gepast, dat ze uiteindelijk leiden tot een sluitende financiering. Ook de organisatie van zorg-op-afstand is complex. In beide invoeringssituaties heeft men te maken met meerdere zorg- en dienstverleners, waarbij samenwerking tussen organisaties geboden is.

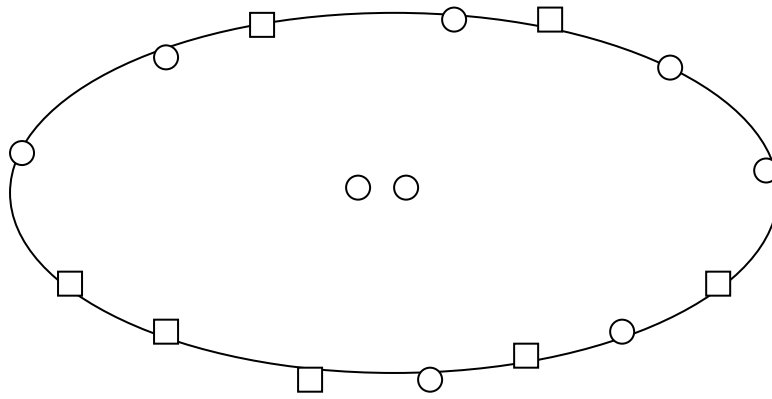
3.3.1.2 Video- of communicatienetwerk voor een bepaalde gemeenschap

In deze tweede invoeringssituatie ontstaat een videonetwerk of platform, waarop een groot aantal zorg- en dienstverleners hun diensten aanbieden. Dat kan alles zijn: van cure, care en preventie naar welzijn, informatie, communicatie, educatie, zakelijke diensten, bankdiensten, gemeentelijke diensten enzovoort. Het videonetwerk of platform functioneert voor een bepaalde gemeenschap. Meestal is dat een stad, dorp of wijk, maar het kan ook een bepaalde groep mensen zijn. Iedereen die tot die gemeenschap behoort, heeft toegang tot het videonetwerk of platform.

Op verschillende plekken in Nederland wordt gewerkt aan dergelijke videonetwerken of platforms. Er zijn verschillende namen voor: *local communities*, lokale videonetwerken, *independent living*, woonservicewijken, communicatienetwerken enzovoort. Kenmerkend voor een dergelijk videonetwerk of platform zijn de volgende zaken:

- een veelheid van diensten en aanbieders;
- vrije toegang van aanbieders en concurrentie tussen aanbieders;
- mensen kunnen zelf kiezen (via een menu);
- gezamenlijke aanbieders opdrachtgevers aan technische bedrijven;
- technische bedrijven ondersteunen het platform.

³⁶ De monitor is mede bedoeld om materiaal aan te dragen voor de beantwoording van de vraag hoe dat moet gebeuren.



Figuur 10: *communicatienetwerk rond cliënt en mantelzorg*

In het midden van figuur 10 staan cliënten en hun mantelzorgers. Bolletjes zijn mensen en rechthoekjes organisaties. Het netwerk is in figuur 10 dus getekend vanuit het perspectief van de gebruiker (vergelijk figuur 8). De ring van zorg en veiligheid wordt nu ingevuld door een groot aantal dienst- en zorgverleners. Maar voor de cliënt en diens mantelzorg kan de ring letterlijk de vorm aannemen van een menu op een beeldscherm, met vele keuzeopties.

In een dergelijk videonetwerk of platform komt het idee van verbreding van zorg-op-afstand sterk tot uiting. In beginsel kunnen immers de meest uiteenlopende soorten van diensten worden aangeboden. En de mensen kiezen zelf.

3.3.1.3 Arrangementen met zorg-op-afstand voor specifieke groepen

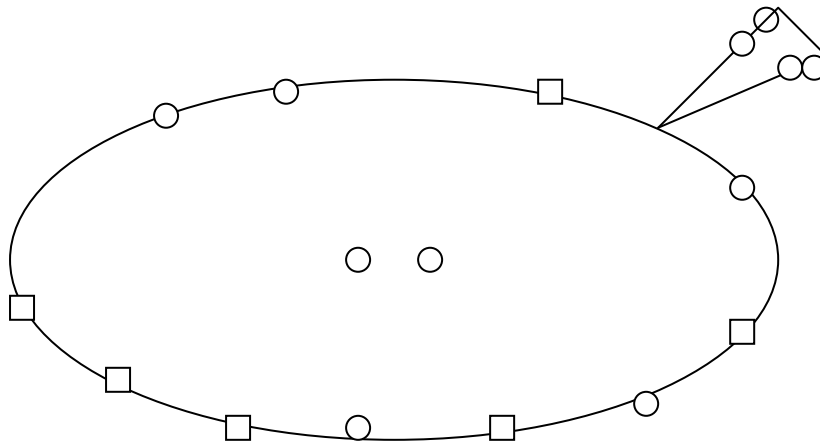
In invoeringssituatie 3 staat een specifieke doelgroep centraal, eventueel op te splitsen in subdoelgroepen (zie de klantgroepen zoals opgesomd door Henk Nouws³⁷). Voor zo'n specifieke groep ontwerpt men vervolgens een arrangement met zorg-op-afstand. Het gaat hier steeds om groepen van mensen die én problemen met hun gezondheid én problemen hebben op het terrein van care. Met specifieke arrangementen kan beter worden voorzien in hun behoeften, niet alleen rond care, maar ook rond cure, preventie en andere terreinen. Met een specifiek arrangement wordt het mogelijk integratie in het aanbod tot stand te brengen. Een uitdaging, want integratie van cure, care en preventie komt niet vanzelf tot stand; zij moet worden georganiseerd. Voor een individuele cliënt is de integratie moeilijk te organiseren, dus deze moet als het ware worden voorgeprogrammeerd.

Overigens gaat het bij zorg-op-afstand niet alleen om de integratie van care, cure en preventie, maar ook om het integreren van zorg-op-afstand in de reguliere zorg. Een breed arrangement van zorg-op-afstand vormt dus als het goed is de uitkomst van een dubbele integratie. Uit dat arrangement kan ieder lid van de doelgroep de voor zijn of haar situatie meest passende keuze maken.

³⁷ Nouws (2008), hoofdstuk 3

Door integratie van care, cure en preventie worden de voordelen van de integratie van zorg-op-afstand in de reguliere zorg nog vergroot. De extra aandacht voor preventie, bijvoorbeeld, krijgt immers meer diepgang als daarbij niet alleen een verpleegkundige maar ook bijvoorbeeld een arts of een gedragskundige kan worden ingeschakeld.

In een dergelijk breed arrangement met zorg-op-afstand zal de zorgcentrale het *frontoffice* vormen. In de *backoffice* zitten meerdere professionals van verschillende disciplines. Hun werkzaamheden zijn onderling afgestemd, en zij kunnen zowel via het videonetwerk als fysiek worden ingeschakeld en geraadpleegd.



Figuur 11: *het brede zorgarrangement met zorg-op-afstand*

De driehoek in figuur 11 geeft het brede arrangement met zorg-op-afstand weer. Het vierkantje vormt de zorgcentrale. De bolletjes in de driehoek zijn de verschillende zorg- en dienstverleners die betrokken zijn bij dat arrangement. Uiteraard kunnen van een dergelijk breed arrangement ook instrumenten voor zelfmanagement, signaleringsapparatuur en instructieprogramma's deel uitmaken.

Overigens is de verwachting dat ook andere sectoren dan de zorg, bijvoorbeeld een gemeente, vanuit hun deelname aan een videonetwerk gaan werken met een *front-* en een *backoffice*, om zo hun eigen diensten te kunnen aanbieden.

3.3.1.4 Toekomstperspectief

Figuur 11 geeft een situatie weer die vanuit de mensen-thuis gezien kan ontstaan wanneer de in deze paragraaf besproken verbreding en verdieping zijn gerealiseerd. De figuur schetst een toekomstperspectief voor deze verbreding en verdieping.

3.3.2 Karakterisering proces

Het proces van invoering van invoering van zorg-op-afstand is een innovatieproces.

Na de fase van bedenken, volgt in de regel in een innovatieproces een fase waarin men de bedachte innovatie in een experimentele situatie of in een pilot beproeft. Valt deze proef goed uit, dan volgt een fase waarin de innovatie in de praktijk wordt uitgetoetst en verder wordt ontwikkeld. Pakt ook dit goed uit, dan volgt de fase van breed toepassen en verankeren. De drie eerder beschreven invoeringssituaties van zorg-op-afstand bevinden zich niet alle in dezelfde fase in een dergelijk invoeringsproces (zie tabel 4).

	Bedenken	experimenteren in laboratorium/pilot	uitproberen in de praktijk en verder ontwikkelen	breed toepassen en verankeren
videocommunicatie voor mensen met een AWBZ-indicatie	→			
arrangementen met zorg-op-afstand voor specifieke klantgroepen	→			
communicatienetwerk voor een bepaalde gemeenschap.	→			

Tabel 4: *invoeringssituaties naar fase in innovatieproces*

Bijzonder aan de invoering van zorg-op-afstand is dat het gaat om een systeeminnovatie. Er wordt een ander soort zorg ontwikkeld, die op meerdere punten niet past in het huidige stelsel. Er zijn dus ook aanpassingen in dat stelsel nodig. Die aanpassingen dienen parallel te lopen met de verschillende fasen in het innovatieproces. Zo is in de fase van het uitvoeren van een pilot binnen een stelsel vooral ruimte nodig om te kunnen experimenteren. Deze fase vergt een beschermde omgeving. Voor de fase waarin de innovatie in de praktijk moet worden uitgetoetst en verder ontwikkeld, zijn binnen het stelsel bijzondere regelingen op tijdelijke en experimentele basis nodig. Zo wordt het mogelijk op enkele locaties van start te gaan, waarbij tevens de noodzakelijke aanpassing van het stelsel kan worden onderzocht.

In de fase van het breed toepassen van de innovatie, moeten aanpassingen in het stelsel zelf plaatsvinden. Bij zorg-op-afstand gaat het dan bijvoorbeeld om de bekostiging, wet- en regelgeving, kwaliteits- en andere eisen, protocollen en richtlijnen, beroepsopleidingen, attitudes, cultuur enzovoort.

De invoering van videocommunicatie in de AWBZ – de eerste invoeringssituatie – is duidelijk het verst. Voor deze situatie bestaan ook experimentele en tijdelijke regelingen binnen het bestaande zorgstelsel. Maar willen we alle voordelen van zorg-op-afstand binnenhalen, dan kan het bij deze situatie niet blijven. Verbreding en verdieping zijn nodig willen we echt verder komen.

Bij verbreding gaat het om het aanbieden van steeds meer diensten op afstand. Dan hebben we het niet meer alleen om zorg-op-afstand maar om dienstverlening-op-afstand.

De derde invoeringssituatie – een communicatienetwerk voor een bepaalde gemeenschap – heeft eigenlijk vooral betrekking op verbreding. Daarin wordt het streven van de koplopers zichtbaar om meer diensten, producten en functies te kunnen aanbieden. De ontwikkeling van video- of communicatienetwerken vormt hier het perspectief. In een aantal pilots wordt dit concept op dit moment uitprobeerd. Bij wetslagen kan de volgende fase in het innovatieproces worden ingeslagen: uitproberen in de praktijk en verder ontwikkelen. Dat betekent tevens dat hiervoor dat bijzondere – tijdelijke en experimentele regelingen – tot stand moeten worden gebracht.

Hetzelfde geldt voor de ontwikkeling van arrangementen met zorg-op-afstand voor specifieke groepen. In deze tweede invoeringssituatie wordt vooral gewerkt aan de gewenste verdieping. Centraal staat daarbij dat wordt uitgegaan van de behoeften van een specifieke doelgroep. Om goed in die behoeften te kunnen voorzien en alle mogelijke voordelen van zorg-op-afstand voor die doelgroep binnen te halen, wordt zorg-op-afstand geïntegreerd in de reguliere zorgprocessen. Dit aanbod kan, afhankelijk van de behoeften en wensen van de doelgroep, zowel cure, care als preventie omvatten. Ook hier worden ideeën ontwikkeld en zijn enkele proeven gaande. Maar er moet nog veel gebeuren voordat brede toepassing mogelijk is. Door verdere ontwikkeling van arrangementen met zorg-op-afstand voor specifieke groepen kan worden gewerkt aan verdieping.

Willen we verbreden, verdiepen en opschalen, dan kan het bij invoering van videocommunicatie in de AWBZ-zorg niet blijven. De pioniers zijn zich hiervan bewust. Zij zien invoering van videocommunicatie in de AWBZ een soort basissituatie, van waaruit zowel aan verbreding als verdieping kan worden gewerkt. De meeste doen dat dan ook, of denken daar tenminste over na.

Is invoering van videocommunicatie in de AWBZ al geen eenvoudige opgave, duidelijk zal zijn dat bij de noodzakelijke verbreding en verdieping de complexiteit – en daarmee het aantal problemen – toeneemt. Gaandeweg wordt het echter steeds beter mogelijk in te spelen op de wensen en behoeften van de mensen-thuis, hen meer invloed te geven, en de zorgverleners meer mogelijkheden en verantwoordelijkheden in uitoefening van hun beroep te bieden. Of algemener geformuleerd: de voordelen van zorg-op-afstand beter binnen te halen.

De problemen zijn vooral te verwachten op het gebied van de bekostiging, de techniek en de organisatie. Men krijgt immers met de toenemende complexiteit van zorg-op-afstand te maken met meer bekostigingsbronnen, met meer applicaties en functies en met meer organisaties en instellingen.

In eerdere monitorrapportages³⁸ en in hoofdstuk 2 van deze rapportage is al het nodige gezegd over deze drie belangrijke voorwaarden voor zorg-op-afstand. Kijkt men vanuit die optiek naar het invoeringsproces als innovatieproces, dan moet men constateren dat de koplopers tot nu toe relatief veel tijd en energie hebben besteed aan techniek en financiering en relatief weinig tijd aan integratie van zorg-op-afstand in zorgaanbod en zorgproces. Terwijl het uiteindelijk daar toch om moet gaan.

Voor een deel is de nadruk op de eerstgenoemde problemen overigens wel verklaarbaar. Tot nu toe was nog veelal sprake van pilots, die naast en los van de reguliere organisatie plaatsvonden. In de fase van uitproberen in de praktijk, wordt zorg-op-afstand nu ondergebracht in de reguliere organisatie. Je ziet dan ook dat de koplopers meer tijd en energie aan de factor organisatie kunnen gaan besteden.

Zorgaanbieders zouden zich uiteindelijk moeten concentreren op veranderingen binnen de zorg zelf: het primaire zorgproces en de interne organisatie. De veranderingen op terreinen als techniek en bekostiging zijn immers niet de eerste verantwoordelijkheid van instellingen. Dit geeft nog eens aan hoe belangrijk het is om voor de fase van uitproberen in de praktijk en voor verdere ontwikkelingen tijdelijke én experimentele regelingen tot stand te brengen.

3.3.3 Lijnen naar de toekomst

3.3.3.1 Invoering videocommunicatie binnen AWBZ

Zorg-op-afstand is niet zozeer een nieuw product, als wel een andere wijze van zorgverlenen. Dat geldt ook voor de zorg bekostigd uit de AWBZ. Dit beginsel is door overheid én NZa erkend. In de omschrijvingen van producten en diensten die worden bekostigd vanuit de AWBZ, is sinds kort dan ook opgenomen dat deze producten en diensten zowel fysiek als op afstand kunnen worden verleend (via videocommunicatie, of in in AWBZ-termen: via screen-to-screen). Of een bepaald product of dienst op afstand of fysiek wordt geleverd, maakt voor het tarief niet uit: voor beide geldt dezelfde prijs.

Uiteraard is niet voor alle AWBZ-producten en diensten levering op afstand mogelijk en/of zinvol. Volgens de monitoronderzoeken gaat het op dit moment vooral om de volgende producten: verpleging basis, verpleging extra, gespecialiseerde verpleging, verpleging AIV, persoonlijke verzorging basis, persoonlijke verzorging extra, persoonlijke verzorging speciaal, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en zorgopvolging.³⁹

3.3.3.1.1 Bekostiging

Uit de monitoronderzoeken blijkt dat de instellingen die aan de slag gaan met zorg-op-afstand, in het begin met forse extra uitgaven worden geconfronteerd. Deze worden vooral veroorzaakt door de kosten van de techniek.

³⁸ Stevens (2005), Stevens (2006)

³⁹ Peeters, De Veer en Francke (2008), par. 3.7

Voor een deel moet de benodigde techniek nog ontwikkeld worden of worden aangepast voor het beoogde gebruik. Daarnaast brengt de aard van de techniek met zich dat in het begin hoge investeringen moeten worden gedaan. Voor de instellingen zijn er de kosten van beheer en exploitatie. Daaronder vallen bijvoorbeeld ook kosten van de zorgcentrale. Daarnaast krijgen de instellingen te maken met ontwikkelkosten: onderzoek, implementatie, aanpassing van de organisatie, voorlichting, bijscholing enzovoort.

De koplopers moeten zich voor het pionierswerk dat zij verrichten niet onaanzienlijke uitgaven permitteren. Deze extra uitgaven zijn evenwel tijdelijk van aard. Wanneer door opschaling en verbreding het aantal aansluitingen gaat toenemen, verwacht men dat de kosten van de techniek zullen gaan dalen.

De koplopers krijgen evenwel op dit moment niet alleen te maken met meer uitgaven, zij ontvangen tevens minder inkomsten. In het huidige bekostigingsstelsel van de AWBZ worden instellingen betaald voor productie die zij leveren. Wanneer bij een arrangement met zorg-op-afstand minder professionele zorg nodig is, produceren instellingen minder, kunnen minder declareren en hebben dus ook minder inkomsten.

Na de eerste fase van de invoering van zorg-op-afstand zijn geen ontwikkelkosten meer nodig. Instellingen die later beginnen met zorg-op-afstand kunnen gebruik maken van de ervaringen die door de koplopers zijn opgedaan. Zij hoeven dus niet meer te investeren in ontwikkeling. Het zou evenwel niet juist zijn de koplopers voor deze extra beginkosten te laten opdraaien. Het gaat hier toch om een voor de zorg én voor de samenleving belangrijke ontwikkeling.

Dit beginsel is eveneens door overheid en NZa erkend en heeft geleid tot een tweetal specifieke, tijdelijke en/of experimentele bekostigingsregelen: de bekostigingsregeling zorginfrastructuur ex AWBZ en de screen-to-screen-regeling ex AWBZ. De eerste heeft vooral betrekking op de kosten van investeringen in techniek; de tweede op de kosten van beheer, exploitatie en ontwikkeling. De screen-to-screen-regeling beoogt tevens instellingen te compenseren voor de inkomsten die ze derven doordat ze minder productie kunnen declareren (in hoofdstuk 2 hebben we beide regelingen reeds besproken).

Op den duur zullen beide regelingen verdwijnen. Het is de bedoeling van de NZa dat de kosten van zorg-op-afstand kunnen worden betaald uit het tarief waarover we hierboven schreven, inclusief de kosten van techniek. De huidige tarieven zullen met het oog daarop worden aangepast.

Zo op het oog een voortreffelijke regeling, en ook de koplopers zijn die mening toegedaan. Probleem is echter dat deze goede intenties moeten worden gerealiseerd binnen een stelsel van bekostiging dat eigenlijk helemaal niet berekend is op zorg-op-afstand. Het stelsel verkeert bovendien in een overgangsfase van overheidsgestuurd naar meer marktgestuurd. Dat wreekt zich met name bij de screen-to-screen-regeling, die – zoals we in hoofdstuk 2 al bespraken – moet tegelijkertijd worden toegepast met een productieplafond, en die daardoor door de koplopers wordt ervaren als een sigaar uit eigen doos.

Voor mensen-thuis betekent het feit dat ze een eigen bijdrage moeten betalen, dat zij voor hun bereidheid mee te werken aan deze ontwikkeling worden 'beloond' met extra kosten.

Voor de verdere ontwikkeling van zorg-op-afstand is het dus absoluut nodig dat voor deze knelpunten – het productieplafond en de eigen bijdrage – een oplossing wordt gevonden. Op dit moment vindt daarover overleg plaats tussen VWS, NZa en ActiZ. Wellicht is het nodig om de extra vergoeding uit te keren in een andere vorm dan extra uren verpleging.

3.3.3.1.2 Techniek

Zoals in andere monitorrapportages en in hoofdstuk 2 van deze rapportage is aangegeven, verliep de installatie van de benodigde techniek in alle gevallen moeizaam. Er moesten heel wat kinderziektes worden overwonnen. Weliswaar is videocommunicatie als techniek beschikbaar, dat betekent echter niet dat ze ook meteen geschikt is voor de toepassing waarom het hier gaat. Extra inspanningen waren daarvoor nodig. Daarnaast vormde de integratie – het op elkaar aansluiten van de verschillende componenten van infrastructuur en applicaties (*devices*) – steeds een zeer groot probleem. Dat probleem deed zich voor bij de technologie van alle toeleverende bedrijven. Deze werden daardoor met extra uitgaven geconfronteerd. Enkele grote bedrijven kijken de kat nog uit de boom, waardoor met name kleinere bedrijven op deze innovatie zijn ingesprongen. De noodzaak tot extra uitgaven leidde in een aantal gevallen tot afhaken van het bedrijf of zelfs tot faillissement. Eén instelling moest zelfs drie keer met een nieuwe technologieleverancier in zee gaan. Inmiddels lijken de kinderziektes wel overwonnen. In ieder geval zijn er enkele bedrijven die de techniek die nodig is voor videocommunicatie kunnen leveren.

Het ontwikkelen en gebruiksklaar maken van techniek behoort niet tot de *core business* van zorgaanbieders. Het verdient aanbeveling dat zorgaanbieders op het punt van de techniek meer samenwerken. Daarbij gaat het zowel om gezamenlijk inkopen als om het gezamenlijk formuleren van eisen vanuit de zorg richting technologieleveranciers. Deze gezamenlijke aanpak heeft meerdere voordelen. Heel belangrijk is onder meer dat daardoor kostenverlagingen kunnen worden gerealiseerd, en die zijn voor de verdere ontwikkeling van zorg-op-afstand essentieel.

Aan de voor zorg-op-afstand benodigde techniek worden extra eisen gesteld, die voortkomen uit de aard van de zorg. Het beantwoorden aan die eisen is nodig om de beoogde voordelen van zorg-op-afstand te realiseren. Deze eisen hebben te maken met:

- de infrastructuur (beschikbaarheid, prioriteiten, onderling verkeer et cetera);
- applicaties/*devices* (compatibiliteit, bruikbaarheid, veiligheid et cetera);
- gebruik door de mens (gemak, acceptatie et cetera).

Het is goed dat instellingen op dat punt één lijn trekken. De eisen die ze stellen, winnen daardoor aan kracht bij de leveranciers. Wellicht verdient gebruik van een keurmerk aanbeveling. Dit alles veronderstelt en onderstreept de noodzaak van goede en intensieve interactie tussen zorgaanbieders en toeleveranciers van techniek. In de praktijk blijkt toch steeds weer dat men verschillende talen spreekt. Reden om juist in een goede interactie extra te investeren.

3.3.3.1.3 Organisatie

Zoals hiervoor aangegeven, zijn de koplopers pas korte tijd bezig om zorg-op-afstand te integreren in bestaande zorgprocessen. De meeste instellingen gaan hierbij stapsgewijze te werk: zij beginnen bij een beperkt aantal teams of een beperkt aantal doelgroepen. Van belang lijkt verpleegkundigen en verzorgenden te laten mee-ontwikkelen, ofwel meedenken en meeproberen. Dat is goed voor de acceptatie van zorg-op-afstand binnen de beroepsgroep.

Bovendien geeft deze strategie de mogelijkheid de early-adapters op te zoeken en – al lerend en bijstellend – stap voor stap verder te gaan. Het gaat nu eenmaal om het verkennen van tot nu toe onbekend land.

3.3.3.1.4 Perspectief videocommunicatie in AWBZ

Door videocommunicatie in de AWBZ-zorg verder te ontwikkelen, kan de weg worden vrijgemaakt voor de volgende en laatste fase in het innovatieproces: brede toepassing in het hele land. Binnen het stelsel van bekostiging van AWBZ-zorg zal bekostiging van zorg-op-afstand dan regulier mogelijk moeten zijn. Zoals gezegd, wil de NZa één tarief gaan hanteren, los van de vraag of de zorg fysiek of op afstand wordt geleverd. Of dat ene tarief ook voor zorg-op-afstand voldoende is, zal afhangen van de vraag of – na de huidige ontwikkelingsfase – bij reguliere invoering de besparingen door vergroting van de arbeidsproductiviteit opwegen tegen de extra kosten van zorg-op-afstand. De monitor is mede bedoeld om antwoord te kunnen geven op die vraag.

Hoe dan ook, het afsluiten van de ontwikkelingsfase van videocommunicatie binnen de AWBZ is niet meer dan een stap in het totale proces van invoering van zorg-op-afstand. Het is nodig te verbreden en te verdiepen om alle voordelen van zorg-op-afstand binnen te halen. De koplopers zijn daar inmiddels al – via de twee andere invoeringssituaties – mee begonnen.

3.3.3.2 Verbreden en verdiepen

Om alle voordelen van zorg-op-afstand ten volle binnen te halen, is het nodig het aanbod aan diensten, producten en functies te verbreden, én zorg-op-afstand verder te integreren in het aanbod van care, care en preventie.

3.3.3.2.1 Complexiteit neemt toe

Met de hierboven geschetste ambitie, neemt tegelijkertijd de complexiteit van het invoeringsproces toe. Immers bij die verbreding en verdieping zijn meer kostenbronnen, meer instellingen en organisaties én meer componenten in de techniek nodig.

Bij de bekostiging hebben we niet alleen te maken met de AWBZ als bekostigingsbron, maar ook met de Wmo, de ziektekostenverzekering, particuliere betalingen, overheidssubsidies enzovoort. Hoe en uit welke bron zorg-op-afstand kan worden betaald, zal per dienst, product en functie verschillen.

Daarnaast moeten de meerwaarde van de levering van die dienst, dat product of die functie voor een bepaalde partij dusdanig zijn, dat deze bereid is mee te betalen aan de algemene en beheerskosten van het videonetwerk. Betrokken partijen zullen tezamen *businesscases* moeten opstellen om na te gaan hoe die verschillende elementen van de financieringspuzzel zo in elkaar kunnen worden gepast dat een financieel aantrekkelijk geheel ontstaat. Dat geldt natuurlijk zowel voor de (lokale) communicatienetwerken (waarin de verbreding tot uitdrukking komt), als voor elk van de specifieke zorgarrangementen met zorg-op-afstand (waarin de verdieping tot uitdrukking komt).

Bij dit alles neemt ook de organisatorische complexiteit toe. Het gaat niet meer om die ene instelling voor thuiszorg, maar bij zowel opschaling als verbreding zijn tal van organisaties en instellingen betrokken. Denk zowel aan organisaties uit cure, care en preventie, als uit vele andere domeinen van het maatschappelijk leven: welzijn, woningbouw, informatievoorziening, onderwijs, midden- en kleinbedrijf, bankwereld, recreatie en ontspanning. En niet te vergeten de gemeente en/of de provincie. Zij alle leveren immers diensten die ook via een videonetwerk kunnen worden aangeboden.

Samenwerking en de vorming van allianties, coalities en ketens zullen nodig zijn. Gaat het om de arrangementen met zorg-op-afstand voor specifieke doelgroepen, dan kan men aansluiten bij ketenvorming die op dat terrein wellicht al gaande is. Bij die doelgroepen zal het steeds gaan om groepen met gezondheidsproblemen en met zorgproblemen. Van zorgorganisaties mag daarom een actieve en initiërende rol worden verwacht bij het ontwerpen en laten functioneren van die arrangementen. Gaat het om lokale video- of communicatienetwerken zal, gezien het karakter van deze netwerken, van zorgorganisaties eerder een actief participerende rol worden verwacht. Waar het publieke belang in het geding is, past een initiërende rol eerder bij een gemeente of een provincie.

Ten slotte neemt ook de complexiteit op technische vlak toe. Waar het alleen nog gaat om videocommunicatie voor AWBZ-zorg, kost het al de nodige moeite om alle technische elementen en componenten goed op elkaar aan te sluiten. Die moeilijkheidsfactor neemt exponentieel toe bij verdergaande uitbreiding van het aanbod. Er komen immers meer elementen en componenten bij. *Devices* zullen van verschillende leveranciers afkomstig zijn. Het is primair een verantwoordelijkheid van betrokken technologiebedrijven om zorg te dragen voor interoperabiliteit. Het gezamenlijk opstellen van standaarden lijkt daarvoor een goede weg. En het helpt als de aanbieders van zorg en diensten duidelijk en zo mogelijk gezamenlijk hun eisen formuleren. Ook hier kan een keurmerk van nut zijn.

3.3.3.2.2 Ook voordelen nemen toe

Tegenover de toegenomen complexiteit staat natuurlijk wel – en daar gaat het uiteindelijk ook om – dat de voordelen van zorg-op-afstand meer worden binnen gehaald.

Zo neemt de klantgerichtheid toe doordat in een lokaal videonetwerk mensen zelf kunnen kiezen welke diensten en producten zij bij wie willen afnemen.

Bij de samenstelling van arrangementen met zorg-op-afstand wordt heel nadrukkelijk uitgegaan van behoeften en wensen van een specifieke klantgroep.

Zo neemt ook aan de kant van de zorgverlener het aantal interventie- en contactmogelijkheden toe, zowel in aantal als wat betreft variëteit. In de arrangementen met zorg-op-afstand neemt de kwaliteit van de beroepsuitoefening toe en wordt een groter beroep gedaan op professionele verantwoordelijkheid.

En dit zijn nog maar enkele voorbeelden. In het algemeen geldt dat door verbreding en verdieping de voordelen van zorg-op-afstand meer zullen worden gerealiseerd. Een niet onbelangrijk bijkomend voordeel van verbreding en verdieping is dat daardoor het aantal aansluitingen/gebruikers stijgt, waardoor ook de kosten van een aansluiting zullen gaan dalen.

3.3.3.2.3 Vormgeving verdere ontwikkeling van verbreding en verdieping

We verkeren wat betreft verbreding en verdieping nog in de experimentele fase. Een aantal koplopers is bezig kansen te verkennen. Twee leden van het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand maken om die reden – de ene met een project dat vooral is gericht op verbreding, de ander met een project dat vooral is gericht op verdieping – deel uit van het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg. De ervaringen en resultaten van die projecten worden in het netwerk gedeeld met de andere koplopers. Zo wordt de tijd geleidelijk rijp om ook wat betreft verbreding en verdieping de volgende fase in het innovatieproces in te gaan: op meer plekken de innovatie uitproberen in de praktijk en het verder ontwikkelen ervan.

Daarbij zal het meest effect worden gesorteerd als – zoals ook nu gebeurt – tussen die verschillende plekken kennis en ervaringen worden uitgewisseld. Tevens is het nodig goede voorwaarden te scheppen, zodat men op die plekken daadwerkelijk met verbreding en verdieping aan de slag kan. Om de betrokken organisaties zowel te helpen aan de slag te gaan als om goede voorwaarden te kunnen scheppen, is het wellicht dienstig vooraf één of meer modellen te ontwikkelen. Dat moet op meso-niveau gebeuren, zodat ze voor de praktijk weliswaar enig houvast bieden, maar vooral ook ruimte bieden om zelf aan de slag te gaan. Tegelijk biedt een model op meso-niveau de mogelijkheid om voldoende houvast te vinden voor het scheppen van goede voorwaarden in de vorm van experimenteerruimte en bijzondere bekostigingsregelingen.

4 Conclusies en perspectief

In het eerste hoofdstuk formuleerden we een hooggespannen ambitie voor zorg-op-afstand: het verkleinen van de kloof tussen toenemende zorgvraag en het afnemende aantal werkende in de zorg. En wel door enerzijds het zorgproces zo te veranderen dat het efficiënter wordt en meer ruimte geeft aan sturing door de cliënt, en anderzijds door meer ruimte te geven aan professionals en zo de arbeidssatisfactie te verhogen.

In hoofdstuk 2 hebben we gezien dat deze doelstellingen gedeeld worden door de pionierende zorginstellingen, zij het dat ze onderling verschillen in de accenten die ze leggen. De ondervraagde zorgmanagers verwachten dat door zorg-op-afstand de zorgvraag zal verminderen, en hechten aan verhoging van efficiëntie en arbeidssatisfactie.

Maar er is meer, en daarover gaat de rest van deze slotbeschouwing. Kort en goed is de boodschap de volgende: het lijkt erop dat die verwachtingen bij zorg-op-afstand deels aan het uitkomen zijn. De initiatiefnemers moeten er wel een echte strijd voor leveren, juist omdat hun initiatief dwars staat op de bestaande structuur. Maar het omgekeerde is ook waar: structuurveranderingen en verdere ontwikkelingen van zorg-op-afstand kunnen elkaar versterken en op den duur een echte omslag – een systeeminnovatie – in de zorg opleveren. De initiatiefnemers verdienen daarom steun van die spelers in en rond de zorg, die de structuur kunnen helpen veranderen.

Zorg-op-afstand: het kán nog ook!

Deze rapportage laat zien dat de verwachtingen bij zorg-op-afstand ook reëel lijken. Onder cliënten leidt zorg-op-afstand tot vergroting van gevoelens van veiligheid, gerustheid en zelfredzaamheid, en ook tot preventie van complicaties. Mantelzorgers worden ontlast. Ook de vergrote mogelijkheden tot contact – zeker ook met anderen dan zorgverleners – blijken bij te dragen aan de kwaliteit van leven.

Zorgverleners bevestigen dat deze voordelen zich uiten, en waarderen dat positief. Maar ook zij zelf beleven zorg-op-afstand als een verrijking van hun werk, met name vanwege de toegenomen contactmogelijkheden en de kansen om zelfstandig in te spelen op de behoeften van cliënten. Overigens moeten ze daartoe wel eerst over een drempel: onbekend maakt onbemind, omdat de idee van 'afstand' in de zorg een intuïtieve afkeer teweeg brengt. Maar een goed voorbeeld of een positieve eigen ervaring kan mensen makkelijk over die afkeer heen brengen: bekend maakt hier al snel bemind!

De waarschuwing van Tonkens (2008: 37 e.v.; 229 e.v.) zal bij de verdere ontwikkeling van zorg-op-afstand ter harte moeten worden genomen: de herwaardering van professionaliteit mag niet leiden tot terugkeer van de bevoogding waartegen de democratiseringsgolf van veertig jaar geleden protest aantekende. Interessant genoeg zijn juist de kernwaarden waarin het 'modern democratisch professionalisme' van Tonkens verschilt van het klassieke professionalisme, goed verenigbaar met de idee achter zorg-op-afstand: de dialoog tussen professional en cliënt als sturingsmechanisme, en aanspraak niet alleen op vakinhoudelijke kennis maar ook op communicatie met collega's en cliënten.

Deze kernwaarden kunnen zelfs min of meer 'hard' vastgelegd worden in het systeem. Bijvoorbeeld in een ander type protocollen, beter passend bij wat Tonkens de 'professionele logica' noemt. Maar ook in de technische specificaties van het telezorg-systeem, die als het ware nieuwe verhoudingen tussen cliënten en zorgenden kunnen 'afdwingen': het systeem kan een 'script' bevatten voor sociale interacties in en rond de zorg (Akrich, 1992). Dat moet natuurlijk niet worden verward met een ontwikkeling die uitsluitend door techniek gedreven wordt. Voorop staan de gewenste veranderingen in waarden en in het zorgproces. Die moeten richting geven aan de techniek, en niet andersom. De techniek geeft daarmee een zekere 'hardheid' aan die waarden en veranderingen, maakt ze meer weerbaar tegen de welbekende neiging om terug te vallen in oude patronen.

Strijd met de structuur

Uit deze rapportage komt ook naar voren dat de voordelen van zorg-op-afstand nog beter te incasseren zijn als een aantal barrières wordt opgeruimd, en nieuwe mogelijkheden worden gerealiseerd. Voor beide zijn structuurveranderingen nodig, allereerst gericht op integrale zorg en dienstverlening afgestemd op de behoefte van de cliënt. Deze veranderingen moeten verdere integratie van zorg-op-afstand in het zorgproces mogelijk maken. Dat vraagt om veel extra inspanning van de pionierende instellingen.

Absolute voorwaarde daarbij is dat financieringsarrangementen worden ontworpen, die integratie mogelijk maken en uitlokken in plaats van, zoals nu, ontmoedigen. Verdere integratie van zorg-op-afstand in het zorgproces vraagt daarnaast om andere professionele identiteiten en verhoudingen: andere verhoudingen tussen professionals onderling (zorgenden en artsen, bijvoorbeeld);

- een andere attitude van zorgenden en andere professionals;
- andere verhoudingen tussen professionals en hun cliënten;
- een ander type management dat mogelijkheid biedt tot flexibiliteit en afstemming binnen het primaire zorgproces, en dat dus minstens zo zeer op het faciliteren en ondersteunen van het primaire proces is gericht als op het ondersteunen daarvan.

Hoezeer de noodzakelijke structuurveranderingen door velen ook positief worden gewaardeerd, ze vergen wel echt 'omdenken'. Zo'n *cultuuromslag* moet worden ondersteund door na- en bijscholing, en uiteraard de aanpassing van de opleidingen voor nieuwe professionals.

In het werk van de pioniers is zichtbaar geworden dat integrale, op de behoeften van de cliënt gerichte zorg niet meer is te scheiden van andere gemak-, comfort- en welzijnsdiensten. Deze helpen alle om de kwaliteit van leven te verhogen en de mogelijkheden om langer thuis te kunnen blijven wonen te bevorderen. Schotten tussen deze domeinen en tussen 'privaat' en 'publiek' moeten dus geslecht.

De nieuw te creëren opties binnen zorg-op-afstand betreffen dus meer nieuwe diensten, ook uit andere domeinen dan de zorg. Verder gaat het om nieuwe applicaties, en om meer aansluitingen om zo ook meer mogelijkheden tot contact te krijgen. Ook daarvoor zijn structuurveranderingen nodig, onder meer in termen van infrastructuur en – ook hier – het slechten van de schotten tussen domeinen.

Opschaling: verankering van een systeeminnovatieve dynamiek

Waar het lukt om de structuur te veranderen, kan dat verrijkende effecten hebben.

Structuurveranderingen en nieuwe opties kunnen elkaar aanjagen en versterken. Dat kan leiden tot opschaling of, zoals het ook wel wordt genoemd, een verankering van een systeeminnovatieve dynamiek (Grin & Van Staveren, 2007: 204-229). Dat is een soort kettingreactie van veranderingen in patronen van handelen (praktijken) en in structuur, die op den duur kan uitgroeien tot een systeeminnovatie.

Recente tendensen richting marktwerking in de zorg bevorderen zulke dynamiek niet. Grote, cultureel hybride instellingen die uit fusies ontstaan, zijn vaak minder innovatief. Bovendien heeft de combinatie van onvolkomen marktwerking met een bureaucratische logica de ruimte om te investeren zeer beperkt. Tegelijk zijn er wel andere langetermijntrends die de genoemde dynamiek kunnen versterken. Denk aan de opkomst van de informatiesamenleving (inclusief bijvoorbeeld de opmars van ICT-standaardaansluitingen in woningen, en digitale geletterdheid van vrijwel alle lagen van de bevolking. Demografische en sociologische veranderingen leiden tot nieuwe generaties die meer hechten aan zelfredzaamheid en die meer divers zijn (dus meer gesteld op maatwerk). Om bij deze trends te kunnen aansluiten, is de betrokkenheid van bijvoorbeeld woningbouwcorporaties, patiëntenorganisaties, ICT-providers, brancheorganisaties en beroepsorganisaties cruciaal. De in hoofdstuk 3 gesuggereerde invoeringsallianties kunnen daar concreet vorm aan geven, omdat daarin zowel pioniers deelnemen als spelers die structuurveranderingen kunnen bewerkstelligen.

Pioniers verdienen steun

Het klinkt allemaal prachtig. Maar er is wel iets voor nodig. Om te beginnen bij de zorginstellingen zelf. Niet alleen moeten die, in een situatie waarin meer nadruk op concurrentie komt te liggen, onderling samenwerken met betrekking tot de techniek. Zoals betoogd in hoofdstuk 3, moeten ze zorg-op-afstand integreren in het zorgproces. Daartoe moeten ze hun personeel helpen de omslag te maken en hun interne organisatie aanpassen. Bovendien vergt zorg-op-afstand de samenwerking met anderen om zorg te integreren met preventie en cure, en met domeinen als welzijn en wonen. We kunnen vaststellen dat zorginstellingen tot nu toe bereid zijn geweest om echt in zulke veranderingen te investeren. Er zal ook de komende jaren nog veel van hen worden gevraagd.

Maar er is meer nodig dan zorgorganisaties kunnen leveren. Hoe dapper de pioniers op het gebied van zorg-op-afstand ook hun best doen, het creëren van de structurele voorwaarden gaat zogezeegd hun macht te boven. Hier hebben ze de steun nodig van anderen:

- **Het ministerie van VWS, AWBZ-partners en zorgverzekeraars** kunnen nieuwe financieringsarrangementen maken. De ervaringen uit de hier besproken projecten maken duidelijk aan welke voorwaarden die moeten voldoen: ze moeten een deel van de gewonnen tijd omzetten in meer ruimte voor contact en aandacht en ze moeten ruimte bieden voor experimenteren en leren.
- **Gemeenten** kunnen helpen bij het ontwikkelen van een veelzijdig dienstenaanbod-op-afstand voor belangrijke doelgroepen.

Dat aanbod moet bestaande grenzen tussen domeinen (zorg, welzijn, wonen) en tussen publieke diensten en commerciële services overschrijden. Juist gemeenten zijn goed in staat daaraan bij te dragen.

- **ICT-providers** – maar ook bijvoorbeeld woningbouwcorporaties – kunnen helpen bij het ontwikkelen van een toegankelijke infrastructuur. Specifieke eisen voor zorg-op-afstand zijn: gebruikers niet belasten met snelle veranderingen in applicaties en providers; een hoge mate van betrouwbaarheid; het koppelen van individuele gebruikers aan een veelheid van diensten over traditionele schotten heen.
- **ICT-ontwikkelaars** kunnen helpen de techniek zo te ontwikkelen dat ze de nagestreefde veranderingen in het zorgproces, en de onderliggende waarden, incorporeert en verder uitdraagt. Dat vergt echter ook van hen dat ze hun eigen standaarden en denkroutines op maat van zorg-op-afstand 'her-denken'.
- **Instellingen voor beroepsonderwijs** kunnen helpen bij het creëren van pakketten over zorg-op-afstand voor nascholing en primaire opleidingen, en bij het trainen van managers in nieuwe benaderingen die passen bij de veranderingen in het zorgproces.

Met de hulp van al deze partners zou het zomaar kunnen: de kwaliteit van de zorg in de beleving van zowel cliënten als zorgenden verbeteren, en tegelijk de kloof kleiner maken tussen zorgvraag en het beschikbare aanbod aan zorgenden. Dit alles doordat techniek niet alleen efficiency kan helpen verbeteren. Maar ook, en bovenal, omdat techniek – hoe paradoxaal het ook moge klinken – kan helpen om het hart in de zorg te versterken. Juist dat laatste aspect kan de eerder genoemde kettingreactie helpen op gang te komen, en het proces van systeeminnovatie 'impuls' meegeven (Hughes, 1987). Het gaat dan om massa (meer applicaties, meer diensten, een meer uitgebreide infrastructuur en meer aansluitingen), vaart (via het enthousiasme onder cliënten en zorgenden) en richting (door het 'inbakken' van waarden als ruimte voor professionaliteit, integraliteit en maatwerk).

Zorg-op-afstand kan, kortom, de zorg wezenlijk veranderen, in een door de meest betrokkenen zeer gewenste richting. Het kan een succes worden als – en alleen als! – het helpt om het hart terug te brengen in de zorg. De kansen zijn er. Wie helpt de pioniers om ze te verzilveren?

Verwijzingen

- Akrich, Madeline (1992). *The De-Description of Technological Objects. Shaping Technology/Building Society*. Eds. Wiebe E Bijker and John Law. Cambridge, MA: MIT Press, 205-224.
- Baart A en M. Grypdonck (2008) *Presentie en Verpleegkunde*.
- Beck Ulrich and Elisabeth Beck-Gernsheim (2002). *Individualization – Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. London: SAGE.
- Beleidsregel CA-289, Extramuraal zorg, Nederlandse Zorgautoriteit.
- Beleidsregel CA-197, Experiment screen-to-screen zorg, Nederlandse Zorgautoriteit.
- Beleidsregel CA-259, Zorginfrastructuur, Nederlandse Zorgautoriteit.
- Boonstra, Albert e.a. (2008). *Kijken op afstand*. Koala RuG/ROH.
- Brink, Gabriël van den, Thijs Jansen, Dorien Pessers (red., 2005). *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Amsterdam: Boom (speciaal nummer van *Christen Democratische Verkenningen*).
- Duyvendak, Jan-Willem & Menno Hurenkamp (2004). *Kiezen voor de kudde. Lichte gemeenschappen en de nieuwe meerderheid*. Amsterdam: Van Genneep.
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism, the Third Logic. On the Practice of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fulpen, Aad van (2008). *checklist technische ondersteuning*, Utrecht: Herrie.nu, ActiZ.
- Grin, John, Henk van de Graaf & Rob Hoppe (1997). Met een bijdrage van Peter Groenewegen: *Interactieve Technology Assessment. Een eerste gids voor wie het wagen wil*. Den Haag: SDU. Rathenau Instituut, W57.
- Grin, John (2004). *De politiek van omwenteling met beleid*. Amsterdam: Vossiuspers. (oratie).
- Grin, John & Arienne van Staveren (2007). *Werken aan systeeminnovaties. Lessen uit de ervaringen van InnovatieNetwerk en andere praktijkorganisaties*. Assen: Van Gorcum.
- Hughes, Thomas P. (1983). *Networks of Power: Electrification in Western Society, 1880-1930*. JHU Press.
- Kalma, Paul (2001). 'De burger de baas? Paars, de PvdA en de publieke sector', *Socialisme en Democratie*, jrg. 58, nr 5, p. 196-206.
- Kunneman, Harry & Marjan Slob (2007). *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*. Bunnik: Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk.
- Loeber, Anne (2004). *Practical wisdom in the risk society. Methods and practice of interpretive analysis on questions of sustainable development*. Amsterdam: PhD thesis, University of Amsterdam.
- Marris, Claire, Pierre-Benoit Joly, and Arie Rip. (2008). Interactive Technology Assessment in the Real World: Dual Dynamics in an iTA Exercise on Genetically Modified Vines. *Science, Technology & Human Values* 33 (1):77-100.
- Mol, Annemarie (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep.

- Moret-Hartman, Margriet, Gert Jan van der Wilt and John Grin, 'Health technology assessment and ill-structured problems: A case study concerning the drug mebeverine', *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Volume 23, Issue 03, July 2007, pp 316-323.
- Moret-Hartman, Margriet (2008). *Problem structuring in Health Technology Assessment. An argumentative approach to improve its usefulness*. Nijmegen: Universitair Medisch centrum St. Radboud. (Proefschrift).
- Noordegraaf, Mirko (2008). *Professioneel bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit'*. Utrecht: Lemma.
- Nouws, Henk (2007). *Monitoring Toekomst Thuis, tweede tussenrapportage*, Vijfde dimensie, Provincie Utrecht.
- Nouws, Henk (2008). *Klant in Beeld*, Vijfde dimensie, ActiZ.
- Partidario, Paulo (2002). 'What-if': *From path dependency to path creation in a coatings chain. A methodology for strategies towards sustainable innovation*. Delft: proefschrift, TU Delft.
- Pels, Dick (2007). *De economie van de eer. Een nieuwe visie op verdienste en beloning*. Amsterdam: AMBO.
- Peeters, J.M., A.J.E. de Veer en A.L. Francke (2008). Verslaglegging van de peiling najaar 2007; *Monitor Zorg op afstand*. Utrecht: NIVEL.
- Peters, Jaap & Judith Pouw (2004). *Intensieve Menshouderij. Hoe kwaliteit oplost in rationaliteit*. Scriptum Management.
- Reuzel, R.P.B. (2002). *Health Technology Assessment and Interactive Evaluation*. Nijmegen: proefschrift KU Nijmegen.
- Reuzel, Rob, John Grin & Tjitske Akkerman (2007). ' Shaping power, trust and deliberation: The role of the evaluator in an interactive evaluation of cochlear implantation', *Int. J. Foresight & Innovation Studies*, vol. 3 no. 1, p. 76-94.
- Rotmans, Jan (2003). *Transitiemanagement. Sleutel tot een duurzame samenleving*. Assen: Van Gorcum.
- Stevens, Peter (2005). *Beweegredenen, proces en ervaringen; Monitor videonetwerken voor zorg-thuis*. Utrecht, ActiZ.
- Stevens, Peter (2006). *Kwalitatieve monitorrapportage over voortgang, versnelling en opschaling; Project invoering videonetwerken voor zorg-thuis*. Utrecht: ActiZ.
- Tonkens, Evelien (2008 [2003]). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerving en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Gennep.
- Trommel, Willem & Romke van der Veen (red., 1999). *De herverdeelde samenleving: de ontwikkelingen en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: Amsterdam University Press.