

KLANT IN BEELD

HANDREIKING CLIËNTPROFIELEN EN AANBODSARRANGEMENTEN BIJ
ZORG OP AFSTAND EN BEELDCOMMUNICATIE

voor

ActiZ

auteur

Henk Nouws

De Vijfde Dimensie

Web van mensen en kennis

Postbus 2038, 3800 CA AMERSFOORT

tel 033 - 465 54 51

fax 033 - 465 34 81

www.ruimtevoorzorg.nl

13 augustus 2008

INHOUD

Samenvatting	1
1 Inleiding	7
2 Zorg op afstand, een nieuwe ontwikkeling	9
2.1 Zorg op afstand	9
2.2 De technologie voor zorg op afstand	10
2.3 De content van zorg op afstand	11
2.4 Model klantgroepen en aanbodarrangementen	12
3 Zorgdoelen	15
1. Kwaliteit van leven behouden	16
2. Beperking compenseren	16
3. Leven op orde krijgen	16
4. Leven draaglijk maken	16
5. Evenwicht bereiken	16
6. Probleem te boven komen	16
7. Leefgewoonte wijzigen	17
8. Gezond blijven	17
4 Arrangementen zorg op afstand	19
1. Slim en makkelijk	19
2. Vinger aan de pols	20
3. Virtuele keten	21
4. Laten meekijken	21
5. Veiligheid	22
6. Compensatie	23
7. Meedoen	23
5 Klantgroepen en profielen	25
1. Ouderen	26
2. Ouderen met een aftakelende gezondheid	28
3. Chronisch zieken	29
4. Mensen met een progressieve ziekte	31
5. Mantelzorgers van dementerenden	32
6. Mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking	34
7. Gezinnen met opvoedingsproblemen	36
8. Mensen met een lichamelijke beperking	37
9. Mensen met leefgewoonteproblemen	38
10. De gezonde bevolking	40
6 Acceptatie zorg op afstand	43
6.1 Technology Acceptance Model (TAM)	43
6.2 TU/e: onderzoek op basis van het Technology Acceptance Model	47
6.3 Onderzoek naar consult op afstand	48
6.4 Onderzoek naar houding en leefstijl van consumenten	50
6.5 Opvatting NPCF	52
6.6 Synthese: handreiking voor de praktijk	54
7 Literatuur en respondenten	57

SAMENVATTING

Deze handreiking wil zorgaanbieders helpen met het ontwikkelen en aanbieden van nieuwe producten die gebaseerd zijn op nieuwe communicatietechnologieën. Het gevleugelde begrip in deze nieuwe technologieën is "zorg op afstand", zorg waarbij de zorgverlener niet in de nabijheid is van de zorgvrager en waarbij communicatiemiddelen worden gebruikt. Het uitgangspunt in deze handreiking is de wijze waarop de klant zelf aankijkt tegen zijn probleem, zijn ziekte, en welke communicatiemiddelen uitkomst kunnen bieden. Getracht is een beeld te schetsen van hoe mensen met hun ziekte in het leven staan, hoe zij denken over het verbeteren van hun toestand, en hoe zorgaanbieders daar op in kunnen spelen met een aanbod van zorg op afstand.

Het resultaat is hieronder samengevat in de vorm van zeven aanbodarrangementen. Deze zeven aanbodarrangementen zijn pakketten van zorg en diensten op afstand, die aangeboden kunnen worden aan cliënten. Ieder arrangement laat zich karakteriseren door een belofte aan de klant. Het pakket "slim en makkelijk" bijvoorbeeld biedt klanten aan om noodzakelijke zorg makkelijker in te passen in het dagelijkse leven.

De handreiking probeert ook een antwoord te geven op de vraag voor wie zorg op afstand nuttig kan zijn. Het antwoord is: de hele bevolking. Want eigenlijk kan iedereen baat hebben bij de nieuwe vormen van zorg en dienstverlening die dankzij nieuwe vormen van communicatie beschikbaar komen. De "hele bevolking" is natuurlijk een wel onpraktisch breed begrip. Er is daarom een indeling gemaakt in klantgroepen die vanuit een bepaald zorgdoel – een persoonlijke doelstel-

ling op het gebied van gezondheid en de zorg die daarvoor nodig wordt geacht - dat zij zichzelf stellen baat kunnen hebben bij bepaalde aanbodarrangementen.

Onderstaande tabel geeft een totaaloverzicht over deze aanbodarrangementen en klantgroepen. In de rapportage verderop is dieper ingegaan op het aanbod en op de zorgdoelen en profielen van de diverse klantgroepen. De rapportage schenkt ook aandacht aan de factoren die een rol spelen bij de acceptatie van zorg op afstand. Aanbieders kunnen hier hun voordeel mee doen.

	<i>Arrangement</i>	<i>Inhoud van het arrangement</i>	<i>Klantgroep voor het arrangement</i>
1	<p>Slim en makkelijk</p> <p>Zorg kan handiger en slimmer dankzij nieuwe technologieën. Dat maakt zorgverlening aantrekkelijker voor iedereen die wel eens een vraag of een probleem heeft. Dit arrangement speelt in op de behoefte aan gemak, effectiviteit van de zorg, zeggenschap van de cliënt over de zorg. Kenmerken: ik bepaal zelf wanneer; het mag weinig tijd kosten; laagdrempelig; als ik wil kan ik thuis blijven.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consult op afstand ▪ Virtueel informatieloket / frontoffice ▪ Persoonlijke informatie pagina's op internet ▪ Recepten via internet 	<p>Chronisch zieken</p> <p>Deze doelgroep wil dat de gezondheidszorg met slimme oplossingen komt, die zo min mogelijk inbreuk maken op de mogelijkheid een zelfstandig leven te voeren en werkring er op na te houden. Bijvoorbeeld: consult op afstand, met beeldschermcommunicatie.</p> <p>De gezonde bevolking</p> <p>Dankzij elektronische communicatietechnologieën kan de zorg handiger en slimmer. Dit appelleert aan de behoefte aan gemak en keuzevrijheid van cliënten in deze doelgroep. Men wil bijvoorbeeld de hulp afstemmen op het werk, het gezin. Voorbeeld: Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), virtueel informatieloket, beeldscherm consult.</p>
2	<p>Vinger aan de pols</p> <p>Je wil inzicht hebben in je eigen ziekte, en je wilt de mogelijkheid hebben om zelf zoveel mogelijk je gezondheidssituatie te sturen, dan is dit "vinger aan de pols pakket" een goed aanbod. De invloed op de eigen zorgsituatie en de keuze over het eigen zorggebruik neemt toe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meten = weten ▪ Telemonitoring ▪ Informatie pagina's ▪ Informatie op maat ▪ Peer groups ▪ Leefstijl agenda, to do agenda ▪ Dagboek ▪ Toegang tot eigen zorgpagina 	<p>Chronisch zieken</p> <p>Liefst wil men zelf in staat zijn om zelf de ziekte te monitoren, op een manier die zo min mogelijk de bewegingsvrijheid beperkt. Op het moment dat er een gezondheidsrisico dreigt, schakelt men graag over op de persoonlijke hulpverlening van deskundigen. Voorbeeld: health buddy, een systeem waarmee mensen met COPD (chronische vernauwing van de luchtwegen), hartfalen (pompfalen van het hart) en diabetes mellitus type 2 (suikerziekte) hun eigen ziektebeeld kunnen monitoren. Voorbeeld: tools om de eigen regie te kunnen voeren, to do agenda online, gepersonaliseerde info over leefstijl, bewegen, afgezet tegen lotgenoten, diabetes dagboek online, inzicht in eigen dossier.</p> <p>Progressieve ziekten</p> <p>Mensen met een progressieve ziekte willen zo lang mogelijk thuis blijven en thuis sterven. Hen kunnen de instrumenten worden aangereikt om zelfstandig de gezondheidssituatie in de gaten te kunnen houden. Voorbeeld: telemonitoring.</p> <p>Mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking</p> <p>Dit arrangement is vooral nuttig voor mensen met een psychiatrische beperking waarbij het nodig is om goed te waken over dagritme, medicijnname en dergelijke. Voorbeeld: tool voor medicijnbeheer.</p> <p>Mensen met leefgewoonteproblemen</p> <p>Het aanbieden van programma's die mensen in staat stellen om op eigen initiatief en met eigen middelen de leefgewoonten te veranderen of beheersen. Dit is een breed arrangement, bestaande uit bijvoorbeeld begeleiding op maat via internet, peer groups en benchmark, lotgenotenforum, dagboek, leefstijlagenda.</p>

	<i>Arrangement</i>	<i>Inhoud van het arrangement</i>	<i>Klantgroep voor het arrangement</i>
3	<p>Virtuele keten</p> <p>Ketenvorming rond bepaalde gezondheidsproblemen is in opkomst. Elektronische communicatie kan de keten extra ruggengraat geven. Instrument voor diseasemanagement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persoonlijk begeleider online ▪ Elektronisch cliënten dossier ▪ Telemonitoring 	<p>Chronisch zieken</p> <p>Een gezamenlijke communicatie- en informatie infrastructuur die door alle zorgaanbieders in een bepaalde keten wordt gebruikt. Voorbeeld: elektronisch cliëntendossier.</p>
4	<p>Laten meekijken</p> <p>In een aantal gevallen kan het nuttig zijn om deskundigen of mantelzorgers van een afstand te laten meekijken met wat er gebeurt. Letterlijk meekijken is mogelijk dankzij een camera en een beeldverbinding. Er zijn ook manieren om op afstand iemands functioneren in de gaten te houden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telecare ▪ Camera in de woning ▪ Mobiel alarm buitenshuis ▪ Intervisie 	<p>Ouderen met aftakelende gezondheid</p> <p>Deskundigen, familie, zorgverleners van een afstand mee laten kijken met wat er in de woning gebeurt. Voorbeeld: Goede morgen / avond service, centrale neemt contact op met de persoon door middel van beeldcommunicatie.</p> <p>Mantelzorgers van dementerenden</p> <p>Tegenwoordig zijn er apparaten beschikbaar die je mee kan nemen en die je positie doorgeven aan huis of aan een zorgcentrale. Het werkt met GSM en GPS. Als deze apparaten in de toekomst beter worden, kunnen zij mogelijk mantelzorgers helpen te weten waar hun dementerend familielid is. Dit heet dwaaldetectie. In de woning kunnen ook apparaten worden toegepast die signaleren als de dementerende naar buiten gaat, of die de situatie via een camera op afstand zichtbaar maakt. Het prettige is dat professionele hulpverleners zonnodig om het hoekje kunnen kijken.</p> <p>Mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking</p> <p>Voorals mensen met een verstandelijke beperking kunnen baat hebben bij een arrangement waarbij hulpverleners op afstand kunnen meekijken. Voorbeeld: telebegeleiding op vaste tijdstippen.</p> <p>Gezinnen met opvoedingsproblemen</p> <p>Het idee van een aantal zorgaanbieders is, om gezinnen met opvoedingsproblemen ondersteuning te bieden via het beeldscherm. Er kan bijvoorbeeld meegegeven worden in problematische situaties die zich thuis voordoen en niet tijdens een consult. Van een afstand kunnen zorgverleners meekijken, is het idee, en adviseren.</p>

	<i>Arrangement</i>	<i>Inhoud van het arrangement</i>	<i>Klantgroep voor het arrangement</i>
5	<p>Veiligheid</p> <p>Bij ziekte spelen acute risico's. Ook de ouderdom brengt risico's met zich mee. Het gevoel van veiligheid wordt ook aangetast door het risico op brand of inbraak. Diverse technologische vindingen bieden oplossingen. Een punt van aandacht: de subjectieve veiligheid is een niet te onderschatten behoefte van mensen. Vooral ouderen hebben deze behoefte, zowel een bescherming tegen de gevaren van de buitenwereld (security) als tegen ongevallen in huis of met de gezondheid (safety). Bij bepaalde chronische aandoeningen ervaren ook jongere mensen een acuut gezondheidsrisico en ontstaat ook bij hen de behoefte aan "safety".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmering ▪ Alarmering met beeld ▪ Domotica 	<p>Ouderen (met aftakelende gezondheid)</p> <p>Bij de afnemende gezondheid groeit de onzekerheid over de veiligheid van de wereld om hen heen en de risico's op calamiteiten in huis of met de eigen gezondheid. Voorbeeld: videocontrole van de voordeur. Voorbeeld: passieve alarmering, als er gedurende een langere tijd geen beweging is in de woning, wordt automatisch alarm geslagen.</p> <p>Progressieve ziekten</p> <p>Het risico op acute gezondheidsverslechtering is groot, en daarom is deze doelgroep gebaat bij instrumenten die de veiligheid vergroten. Voorbeeld: personen-alarmering, de mogelijkheid om zelf alarm te slaan bij een calamiteit.</p>
6	<p>Compensatie</p> <p>Technologische snuffjes helpen om lichamelijke beperkingen te boven te komen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Domotica ▪ Actief zijn via internet 	<p>Mensen met een lichamelijke beperking</p> <p>Het arrangement dat deze doelgroep aangeboden kan worden heeft functies in zich die helpen de lichamelijke beperkingen te compenseren. Voorbeelden: domotica in de woning, en bepaalde diensten via internet aanbieden. Er is al het nodige ontwikkeld en beschikbaar, en wellicht kunnen de ervaringen die bij deze doelgroep zijn opgedaan worden toegepast bij andere doelgroepen. Het is niet direct nodig om deze doelgroep middelen aan te bieden die hen in staat stellen te participeren in de samenleving (arrangement "meedoen"), aangezien ze dat prima zelf kunnen en ook graag in eigen hand willen houden.</p>

	<i>Arrangement</i>	<i>Inhoud van het arrangement</i>	<i>Klantgroep voor het arrangement</i>
7	<p>Meedoen</p> <p>Het arrangement "meedoen" heeft tot doel om mensen sociaal te ondersteunen en te bevorderen dat zij deel uitmaken van de samenleving en gebruik blijven maken van de publieke voorzieningen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Community platforms ▪ Lotgenotencontact ▪ Buurt portal ▪ Diensten bestellen ▪ Beeldschermcontact ▪ Ontspanning 	<p>Ouderen (met aftakelende gezondheid)</p> <p>Bevorderen dat ouderen mee kunnen blijven doen in de samenleving, gebruik blijven maken van publieke voorzieningen, voorkomen dat zij in een sociaal isolement geraken. Voorbeeld: community platform waar alle informatie over de buurt, activiteiten, diensten bijeen is. Voorbeeld: Beeldscherm contact met buurtgenoten, familie en vrienden.</p> <p>Mantelzorgers van dementerenden</p> <p>Het arrangement "meedoen" kan voor mantelzorgers betekenen dat zij een middel hebben om met lotgenoten in contact te komen. Beeldcommunicatie met vrienden en familie kan helpen de situatie in de gaten te houden.</p> <p>Mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking</p> <p>Deel nemen aan de samenleving kan, vooral voor de mensen met een psychiatrische beperking, worden geactiveerd via internet. Voorbeeld: beeldschermcontact; chat met lotgenoten; (gecontroleerd) toegang tot internet.</p>

1 INLEIDING

We maken in onze tijd een communicatierevolutie mee. Communicatie over grote afstanden, via data, tekst, geluid en beeld, ontwikkelt zich fascinerend snel. We worden overspoeld met nieuwe, tot de verbeelding sprekende mogelijkheden om op afstand met andere mensen te communiceren.

Telecommunicatie overbrugt afstanden, ook in de zorg. Logisch dat er nagedacht wordt over "zorg op afstand", zorg waarbij de zorgverlener niet in de nabijheid is van de zorgvrager. Vooral communicatie via bewegende beelden, is een veelbelovend middel voor zorg op afstand. De klant is in beeld bij de aanbieder, en de aanbieder is in beeld bij de klant. Beeld brengt twee mensen nauw met elkaar in contact.

In de zorg is men zich er van bewust dat de nieuwe mogelijkheden van communicatie het werkveld behoorlijk kunnen veranderen. Er zijn inmiddels vele initiatieven gestart die tot doel hebben de mogelijkheden van de nieuwe vormen van communicatie te exploreren en ten nutte te maken voor werk en klant. ActiZ volgt en begeleidt deze pilots op het gebied van verzorging en verpleging van ouderen. Kennis die uit deze pilots komt wordt vergaard en weer verspreid. Bovendien wil ActiZ deze pilots helpen een groter bereik te krijgen, meer klanten, een grootschaliger uitrol.

Doel publicatie

Wie is precies de klant die gebruik gaat maken van deze zorg op afstand? Wat is er allemaal mogelijk op afstand? Waar heeft de klant behoefte aan? Over deze vragen gaat deze rapportage.

Gesprekken met ervaringsdeskundigen en specialisten liggen ten grondslag aan het rapport. Een van de gesprekken vond plaats met de NPCF, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Het NPCF vindt het belangrijk dat de zorgaanbieders bij het ontwikkelen van zorg op afstand zich inleven in de klant. En zorg op afstand moet de klant middelen geven om de eigen ziekte en problemen beter te managen. Deze opvatting is uitgangspunt geworden voor deze rapportage.

Het uitgangspunt is aldus: hoe kijkt de klant aan tegen zijn probleem, zijn ziekte, en van welke communicatiemiddelen verwacht de klant oplossingen? Getracht is een beeld te schetsen van hoe mensen met hun ziekte in het leven staan, hoe zij denken over het verbeteren van hun toestand, en hoe zorgaanbieders daar op in kunnen spelen met een aanbod van zorg op afstand.

Het resultaat is een handreiking die, naar wij hopen, zorgaanbieders helpt inhoudelijk en strategisch na te denken over het ontwikkelen en aanbieden van nieuwe producten die gebaseerd zijn op de nieuwe communicatietechnologieën.

Met deze handreiking is het laatste woord zeker niet gezegd. De opvattingen en ideeën die in deze publicatie worden beschreven, zijn ontstaan in een zeer prille markt. Deze markt – vraag en aanbod naar nieuwe vormen van communicatie – is volop in ontwikkeling. De ontwikkelingen gaan door. Inzichten komen, inzichten gaan. De ideeën die in deze publicatie zijn beschreven kunnen morgen achterhaald zijn of kunnen door andere mensen en organisaties anders worden ingeschat.

Er is dan ook niets op tegen om net iets anders tegen klantgroepen en aanbodarrangementen aan te kijken dan deze handreiking doet. Aanbieders kunnen – en hopelijk zullen – daar een eigen visie op ontwikkelen. De waarde van deze publicatie is dan ook vooral gelegen in het stimuleren van creativiteit op het gebied van zorg op afstand.

Leeswijzer

De opbouw is als volgt. De eerste vraag (hoofdstuk 3) is: welke zorgdoelen stellen mensen zichzelf? Het is te simpel om te zeggen dat “de kwaliteit van leven” omhoog moet. Wat dan die gewenste kwaliteit is, is voor iedereen weer anders. Voor de een is het volledige genezing van een ziekte, voor de ander is het het zelf managen van een chronische ziekte, om een paar voorbeelden te noemen. Kennen we de zorgdoelen van de klant, dan is het ook makkelijker daarop in te spelen met een aanbod.

De tweede vraag is: hoe kan het aanbod van zorg op afstand er uit zien? Het aanbod is beschreven in de vorm van een arrangement, een herkenbaar pakket van zorgproducten op afstand. De gekozen terminologie van de arrangementen appelleert aan de behoefte van de klant om in oplossingen te denken voor zijn of haar probleem. Om een voorbeeld te noemen: “vinger aan de pols” is een arrangement waarmee klanten en hun zorgverleners altijd een actueel inzicht hebben in hun ziekte (hoofdstuk 4).

De derde vraag, het 5^e hoofdstuk, luidt: welke klantgroepen kunnen we onderscheiden en welke arrangementen van zorg op afstand zijn voor deze klantgroepen aantrekkelijk (uiteraard blijven er van individu tot individu verschillen)?

Hoofdstuk 6 tot slot gaat in op het belangrijke punt van *acceptatie*. Nieuwe techniek is mooi en werkt mogelijk prima. Maar dan moet de potentiële klant dit wel onderschrijven. Dat gaat niet vanzelf, en daarom worden in dit hoofdstuk de belangrijkste factoren voor acceptatie benoemd.

2 ZORG OP AFSTAND, EEN NIEUWE ONTWIKKELING

Dit hoofdstuk introduceert het onderwerp *zorg op afstand*.

2.1 ZORG OP AFSTAND

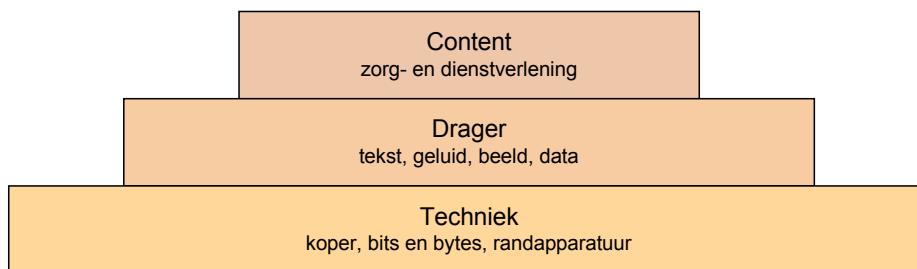
Zorg op afstand is zorg waarbij de zorgverlener niet in de nabijheid is van de zorgvrager en waarbij communicatiemiddelen worden gebruikt. ActiZ, de koepel van zorgaanbieders, merkt daar bij op: "bij Zorg op afstand gaat het niet alleen om de zorg die gegeven wordt door de verpleegkundige van de zorgcentrale. Het gaat om een breed pakket van diensten en zorg op het gebied van welzijn, preventie, care en cure. Daardoor zullen mensen zich thuis beter en veiliger voelen waardoor zij een ander en minder beroep doen op zorg"¹.

Ontleding van het begrip "zorg op afstand"

Er zijn diverse woorden in zwang geraakt rondom het onderwerp zorg op afstand. Het is goed om daar enige ordening in aan te brengen. We maken gebruik van een gelaagd model:

1. Techniek
Elektronische communicatietechnologie;
2. Drager
Communicatiedragers, zijnde tekst, geluid, beeld, gegevens; beeldcommunicatie is een verbijzondering van het bovenstaande;
3. Content
Zorg op afstand, als de "inhoud" van de communicatie, de content.

Figuur 1 Gelaagd model: techniek → drager → content



Communicatie is het overbrengen van een boodschap. Communicatiedragers maken het mogelijk een boodschap over te brengen. Papier is bijvoorbeeld een communicatiedrager. Een tekst op papier is de boodschap. De telefoon is een elektronische communicatietechnologie; de drager is in dit geval geluid. Beeldapparatuur is ook een communicatietechnologie met beeld als drager. Zorg op afstand is de content die door middel van elektronische communicatietechnologieën kan worden overgebracht.

¹ Borghuis, I. en A. Wijstok: *Zorg op afstand Dichterbij*. ActiZ. Utrecht, 2007.

2.2 DE TECHNOLOGIE VOOR ZORG OP AFSTAND

Zorg op afstand maakt gebruik van verschillende communicatiedragers of –technologieën. Beeldcommunicatie is één van de mogelijke elektronische communicatietechnologieën. Beeldcommunicatie is dankzij de brede verspreiding van internet inmiddels onder handbereik van het brede publiek gekomen (Skype, bijvoorbeeld) en een grote uitrol van dit medium lijkt mogelijk.

Onder aanbieders van zorg en nieuwe communicatietechnologieën wordt gewezen op de integraliteit van de technologie. Het gaat niet om beeldcommunicatie alleen. Het gaat om alle elektronische communicatiemogelijkheden. Daarvan is spraak via telefoon de oudste, en de meest geaccepteerde onder alle lagen van de bevolking. Real-time communicatie door middel van het geschreven woord is een relatief nieuwe uitvinding dankzij de verspreiding van internet (chatten). En de grootschalige verspreiding van beeldcommunicatie is de meest recente uitbreiding. Zie onderstaand overzicht.

Tabel 1 Vormen van elektronische communicatie

Drager:	Mens tot mens		Machine tot mens
	Real time en interactief	Niet real time	Real time
1. Gegevens			Telemedicine, telecare
2. Tekst en plaatjes	Chat	WWW, E-mail, forum	
3. Spraak	Telefoongesprek	Voice-mail	
4. Spraak en beeld	Beeldgesprek	Video, Video-mail	Beeldherkenning

Het interpretatieniveau van deze vormen van communicatiemogelijkheden door mensen, is zeer verschillend. Gegevens kunnen ons wel iets vertellen over iemands temperatuur, maar niet over iemands gevoel daar bij. Dat wordt makkelijker als we iemand via de chat een hartekreet kunnen zien slaken: "ik heb een goede dag vandaag". Zo'n hartekreet kan wijfelend zijn, een dubbele bodem hebben, een ironische ondertoon hebben etc. en dat zien we aan de woorden niet terug. Maar wel wanneer we iemand daadwerkelijk kunnen horen. In een telefoongesprek kunnen we dus beter inschatten hoe we iemands woorden moeten interpreteren. Nog mooier wordt het met beeld: *body language* voegt een belangrijke dimensie toe aan communicatie. Want als iemand bevlogen zegt een goede dag te hebben, terwijl om hem heen de rommel rondslingert en zich een baard van een paar dagen aftekent op een somber gezicht, dan krijgen we toch een genuanceerder beeld van de toestand van de persoon in kwestie. Kortom, het communicatiegewicht is groter naarmate de communicatie meer weg heeft van een echte ontmoeting.

De exactheid van de verschillende vormen van communicatie is omgekeerd evenredig aan het communicatiegewicht dat we er als mens aan geven. Een machine kan moeilijk overweg met beelden, iets makkelijker met het gesproken woord, kan al iets doen met woorden, maar heeft vooral veel aan data, gegevens.

Beeldcommunicatie (beeld + geluid) is dus één vorm van communiceren. Een kenmerk van beeldcommunicatie is dat het een goed middel is om elkaar als mens te kunnen begrijpen, veel beter dan tekst of het gesproken woord. Een tweede kenmerk is dat andere vormen van communicatie hun eigen voordelen hebben en niet alleen maar een "lager"

communicatieniveau vormen ten opzichte van beeldcommunicatie. Beeldcommunicatie en andere vormen van communicatie vullen elkaar aan. Bij het verlenen van zorg op afstand is daarom sprake van meerdere communicatievormen.

2.3 DE CONTENT VAN ZORG OP AFSTAND

Met behulp van elektronische communicatietechnologie kan een en ander dus op afstand worden gerealiseerd. Een deel van die concrete "boodschappen" zijn we geneigd te scharen onder de noemer "zorg op afstand".

Welke zijn die concrete mogelijkheden van elektronische communicatie:

- Communicatie / interactie met beeld van mens tot mens, zoals contact hebben, instructie, lief en leed delen;
- Informatieoverdracht over van alles en nog wat: de buurt, het eigen medisch dossier, omgaan met ziekte, het eigen zorggebruik;
- Monitoring: het in de gaten houden van iemand, iemands situatie, iemands lichaamsfuncties;
- Tools aanreiken op afstand waarmee iemand handige of prettige dingen kan doen, zoals een checklist om op een goede manier de dag door te komen, diabetesdagboek, spelletjes.

Hierdoor worden allerlei vormen van ondersteuning en hulp op afstand mogelijk, zoals:

Communicatie	Monitoring
Lotgenotencontact, lotgenotenforum	Personenalarmering
Om het hoekje kijken door mantelzorger	Deur op afstand openen
Regelmatig contact met kinderen	Bloedwaardenmeter
Consult of spreekuur op afstand	Passiviteitsalarmering
Goede morgen, goede avond	Valdetectie, dwaaldetectie
Laten meekijken met diverse handelingen	Metten hartritme
Verpleegkundige begeleiding op afstand	Plaatsbepaling
Periodieke controles	Camera bewaking
Informatieoverdracht	Tools
Eigen zorgpagina	Diensten bestellen
Inzicht in EPD	Diabetesdagboek
Informatie over bevallen thuis	To do lijstje
Buurtagenda	Spelletjes
Advies en instructie over leefstijl	
Dieetadvies op maat	

Veel van bovenstaande mogelijkheden zijn niet afhankelijk van elektronische communicatie. Een ontmoeting van cliënt met hulpverlener werkt ook, en in bepaalde opzichten

wellicht beter. Elektronische communicatie biedt echter op andere fronten weer extra dimensies en voordelen:

- Extra efficiënt, want reistijden worden vermeden;
- Extra kwaliteit, want de zorg is beter in te passen in het leven van de cliënt doordat tijd, plaats en wijze van levering flexibeler wordt.

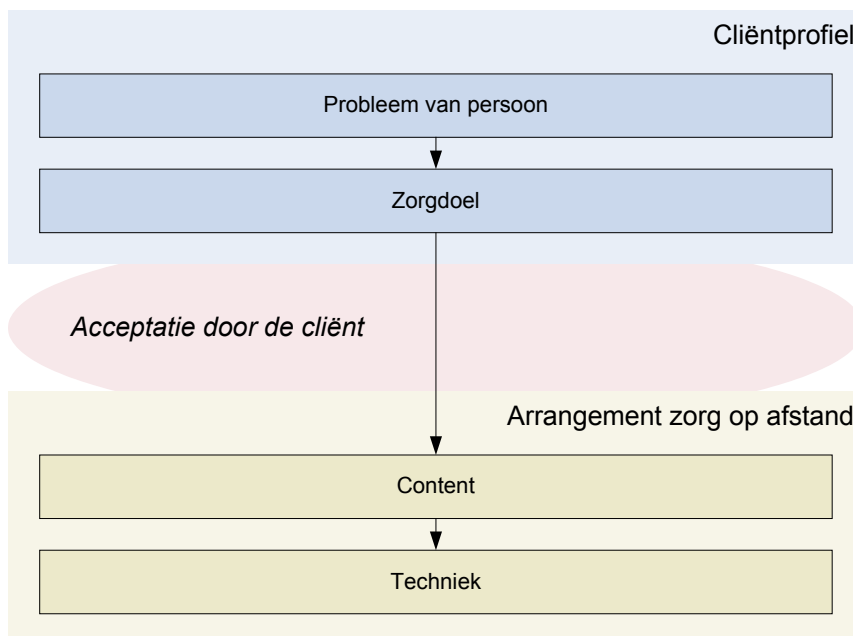
Voor deze mogelijkheden zijn diverse elektronische communicatietechnologieën nodig. We zijn dus weer terug bij de technologie, waar we dit hoofdstuk mee begonnen. En inderdaad, we zien in de mogelijkheden van zorg op afstand zowel data, tekst, spraak als beeld een rol spelen. Het is een combinatie van al deze informatiedragers die zorg op afstand mogelijk maken.

2.4 MODEL KLANTGROEPEN EN AANBODARRANGEMENTEN

In deze publicatie worden doelgroepen beschreven die geholpen kunnen zijn met zorg op afstand en beeldcommunicatie. Eigenlijk zijn wij dat allemaal. We zijn allemaal wel eens ziek. En wie weet, wenden we ons tot de huisarts via de telefoon, via de e-mail, en - wie zal het zeggen - via Skype!

Ieder mens is uniek. Een beschrijving van de werkelijkheid in termen van doelgroepen en aanbodarrangementen is een generalisatie. Vanzelfsprekend zullen aanbieders in hun werkzaamheden in willen spelen op de individuele vraag van individuele cliënten. Een aanbodarrangement is dan ook geen "slikken of stikken" pakket, maar eerder een soort bouwdoos waaruit een cliënt zijn eigen onderdelen kan kiezen.

Figuur 2 Model klantgroepen en aanbodarrangementen, zoals gehanteerd in de rapportage



Het model gaat uit van door individuen ervaren problemen rond de gezondheid. Een probleem wil men oplossen. Men heeft dus een zorgdoel, om de gezondheidsproblemen op te lossen. Dat is niet altijd 'genezen'. Bijvoorbeeld: iemand met een chronische ziekte, die niet te genezen is, kan als zorgdoel hebben daar zo goed mogelijk mee om te leren gaan zodat je nog zo goed mogelijk maatschappelijk kan functioneren. Een ouder persoon kan te maken hebben met verouderingsverschijnselen en zichzelf tot doel stellen nog zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen met voldoende kwaliteit van leven.

De persoonlijke zorgdoelen kunnen worden gerealiseerd door allerlei vormen van ondersteuning, waaronder allerlei vormen van zorg op afstand. Zorg op afstand is echter een nieuwe ontwikkeling waar mensen weinig of geen ervaring mee hebben. Zij weten niet of zij er wat aan hebben voor het bereiken van hun zorgdoelen. Acceptatie is geenszins zeker.

Zakken we verder af in het model, dan vinden we daar de aanbieder. Aan deze kant stellen we ons de vraag in hoeverre voor een bepaalde doelgroep ook een bepaald arrangement van zorg op afstand is te vinden, een breed en integraal samengesteld aanbod van zorg en diensten². Ja, dat is te vinden, en dat zal in deze rapportage aan de orde komen; maar er is geen 1 op 1 relatie tussen profiel en arrangement. Voor bepaalde doelgroepen zijn meerdere arrangementen nuttig. En omgekeerd, een bepaald arrangement kan voor meerdere doelgroepen nut hebben.

De hier beschreven doelgroepen en arrangementen zijn niet het laatste woord. De keuze om deze indeling te kiezen, en niet een andere, is vooral gebaseerd op praktische bruikbaarheid en herkenbaarheid voor zowel zorgaanbieder als zorgvrager. Met hetzelfde recht kunnen andere groepen worden onderscheiden en andere arrangementen worden samengesteld. De toekomst moet leren wat het meest bruikbaar is. Op basis van onderzoek kunnen meer empirisch gefundeerde scheidslijnen worden getrokken.

² We gebruiken het begrip 'diensten' in deze rapportage zoals het gebruikt wordt in de publieke dienstverlening (zoals hulpmiddelen leveren, informatie leveren etc.) en niet zoals het gebruikt wordt in de ICT (ADSL, terugbelopties etc.).

3 ZORGDOELEN

Deze handreiking helpt zorgaanbieders met het ontwikkelen en aanbieden van zorg op afstand. We hebben gezegd dat de klant daarbij het uitgangspunt is. In dit hoofdstuk gaan we de wens van de klant daarom exploreren. Dat doen we op een wat bijzondere wijze, namelijk door in de huid van de klant te kruipen en te formuleren wat iemand met een bepaald gezondheidsprobleem, groot of klein, zichzelf ten doel stelt om het probleem te lijf te gaan. We noemen dit het zorgdoel.

Ieder mens heeft een eigen zorgdoel, een wens waaraan gewerkt wordt om fysiek of psychisch een bepaald niveau te bereiken of te behouden en daarmee een ambitie om mee te blijven tellen in de samenleving. Daarbij speelt zwaar mee in welke toestand iemand verkeert. Ook een gezond iemand heeft een zorgdoel: gezond blijven, zo eenvoudig is het. En vaak doet men er een schepje bovenop door aan sport te doen en nog fitter te worden dan men al was. Is de gezondheid niet wat het wezen moet, dan stelt men zich een serieuzer zorgdoel. Het is niet zo simpel dat het altijd "beter worden" is. Want in het overgrote deel van de gevallen kampt men met een probleem dat zomaar niet overgaat, dat het hele leven bij je blijft. Daar moet men mee leren leven. Leeftijd en status in de samenleving bepalen voor een belangrijk deel mee welk doel men zich dan nog stelt.

In een volgend hoofdstuk zullen we komen te spreken over aanbodarrangementen, een voor de cliënt herkenbaar en aantrekkelijk aanbod van oplossingen voor zijn probleem. Daarbij leggen we een verbinding tussen zorgdoel en aanbodarrangement.

Kwaliteit van leven

In het algemeen wordt gesproken over de winst van het aanbod van zorg in termen van "kwaliteit van leven". Kwaliteit van leven is méér dan gezond zijn alleen. Het Professor dr. G.A. Lindeboom Instituut³ geeft deze term handen en voeten door daar algemene, te bereiken idealen aan te koppelen:

- Zelfredzaamheid, waardoor de vraag naar zorg kan afnemen;
- Autonomie, waardoor je langer als volwaardig burger kan blijven deelnemen in de samenleving;
- Privacy, zodat je je privé leven beter in stand kan houden;
- Kleinschaligheid van woonvormen;
- Welbevinden, want lichamelijke gezondheid kan niet los worden gezien van volwaardige participatie, sociale contacten en ontspanning;
- Verbondenheid, omdat techniek mensen dichterbij elkaar kan brengen.

Overzicht van zorgdoelen

Hieronder worden een aantal zorgdoelen omschreven. Zorgdoelen zijn in wezen niet anders dan een omschrijving van een gewenste kwaliteit van leven, gegeven iemands situatie. Het is de persoonlijke ambitie van mensen om, levend met een beperking, tijdelijk of chronisch, toch een bepaalde zelfredzaamheid, autonomie, welbevinden etc. te bereiken.

³ Haas-de Vries, J.N. de: *Technologie in de ouderenzorg. Naar een ethisch verantwoorde implementatie*. Professor dr. G.A. Lindenboom Instituut. Ede, februari 2007.

1. Kwaliteit van leven behouden

Ouderen en chronisch zieken kampen met beperkingen die in het algemeen niet beter zullen worden. De gezonde levensjaren liggen nog vers in het geheugen en zijn de referentie waar men zich aan optrekt. Kwaliteit van leven, dat is zelfstandig blijven, regie over het eigen leven behouden, contacten behouden met medemensen, het gevoel van veiligheid vergroten, de achteruitgang beperken.

2. Beperking compenseren

In het geval van lichamelijke beperkingen of bepaalde chronische ziekten is het mogelijk om dusdanig om te gaan met de beperkingen dat ze nagenoeg geheel gecompenseerd worden. Zo goed als volledig autonoom deelnemen in de samenleving is dan een reëel zorgdoel.

3. Leven op orde krijgen

Chronische ziekten kunnen met ups en downs gepaard gaan. Gaat het slecht, dan is het primaire doel van de persoon in kwestie het leven weer zo goed mogelijk op orde krijgen. Gaat het goed, dan hoopt men weer mee te kunnen doen met het gezonde deel der natie.

4. Leven draaglijk maken

In het geval van ernstige, vaak progressieve ziekten, is er weinig te winnen, behalve het draaglijk maken van de situatie.

5. Evenwicht bereiken

Mensen met een psychische of verstandelijke beperking hebben vaak een beperkte horizon van wat zij kunnen bereiken. Zij proberen een bepaald evenwicht te bereiken in hun functioneren in de samenleving, een goed midden tussen wat de samenleving van mensen vraagt, en wat zij persoonlijk nog kunnen bereiken. De lat ligt minder hoog dan bij gezonde mensen, maar het is het maximale dat men kan en wil bereiken, en wil vasthouden. Ook mantelzorgers van dementerenden wensen vaak een bepaald evenwicht te bereiken in de hele situatie, waarmee zij het lang hopen te kunnen volhouden.

6. Probleem te boven komen

Bij problematiek in de sfeer van de opvoeding is het doel veelal ambitieus: het probleem dient overwonnen te worden en de opvoeding moet zo goed mogelijk kunnen plaatsvinden.

7. Leefgewoonte wijzigen

Veel mensen die we niet ziek zouden noemen, vinden toch van zichzelf (of de omgeving vindt van hen) dat ze ongezond leven. Ze roken of drinken, of ze zijn te zwaar of te licht, of ze hebben een probleem met de dagindeling of het voeren van het huishouden. Het kan van alles zijn. Voor hen die zich daar bewust van zijn en daar iets aan willen veranderen, kunnen we het zorgdoel omschrijven als het wijzigen van de leefgewoonte.

8. Gezond blijven

Tot slot is een groot deel van de bevolking gewoon gezond, en dat wil men zo houden. Er mankeert niets aan, behalve af en toe eens een griepje of een klein ongemak. In die gevallen wil men graag goed geholpen worden, op een wijze die zo min mogelijk inbreuk doet op het dagelijkse leven en werk. Gemak, keuzemogelijkheden, zijn belangrijk.

Nog even een opmerking: het verschil tussen de verschillende zorgdoelen is vaak een kwestie van nuance. De scheidslijnen zijn niet scherp, en wellicht zijn er andere, betere 'labels' te verzinnen.

4 ARRANGEMENTEN ZORG OP AFSTAND

Hieronder presenteren we zeven arrangementen die te maken hebben met zorg op afstand. Ieder arrangement wordt gekenmerkt door een bepaald doel, en dat doel spreekt uit de benaming. Ieder arrangement bestaat uit een divers aanbod. De nadruk ligt op allerlei vormen van elektronische communicatie. Maar op het moment dat de communicatie elektronische voelsprietten en elektronische vingers krijgt, passeren we de grens tussen communicatie en handelen.

De arrangementen hieronder bevatten alleen zorg op afstand. De arrangementen zijn dus opgebouwd uit nieuwe technologieën. In de praktijk zullen aanbieders combinaties zoeken met traditionele vormen van zorg en welzijn.

1. Slim en makkelijk

Het eerste arrangement dat we hier bespreken is vooral gericht op gemak en efficiency. Zorg kan handiger en slimmer dankzij nieuwe technologieën. Dat maakt zorgverlening aantrekkelijker voor iedereen die wel eens een vraag of een probleem heeft. Dit arrangement speelt in op de behoefte aan gemak, effectiviteit van de zorg, zeggenschap van de cliënt over de zorg. Kenmerken: ik bepaal zelf wanneer; het mag weinig tijd kosten; laagdrempelig; als ik wil kan ik thuis blijven.

In het arrangement "slim en makkelijk" kunnen bijvoorbeeld de volgende zorg op afstand producten zitten:

Consult op afstand

Informatief consult, adviserend consult, diagnostisch consult op afstand. Dit kan met verschillende technieken: e-mail, chat, beeldverbinding, telefoon. Allerlei zorgverleners kunnen hier gebruik van maken, diëtist, huisarts, specialist, verpleegkundige etc.

Voor de consument kan de handigheid zitten in twee aspecten. Om te beginnen hoeft je niet naar een praktijk toe, hoeft je niet in de wachtrij te gaan zitten, en dat betekent dus tijdswinst. En op de tweede plaats kan de hulpverlener je meer keuzevrijheid geven over het tijdstip van het consult. Ook dat levert tijdswinst op.

Virtueel informatieloket / frontoffice

Er kan een gezamenlijke informatielijn zijn die de cliënt toegang geeft tot achterliggend aanbod. Deze informatie loketten zijn er in allerlei maten. De toevoeging van beeldcommunicatie kan een extra waarde zijn voor de cliënt. Ook andere vormen van communicatie – e-mail, chat – kunnen handig zijn.

Persoonlijke informatie pagina's op internet

De persoonlijke informatie pagina's combineren je elektronisch patiënt dossier met algemene informatie pagina's rondom je zorgdossier

Recepten via internet

De rompslomp rond medicijnen kan worden teruggebracht wanneer de zorgketen onderling informatie uitwisselt. De cliënt kan recepten verkrijgen via internet. De zorgverleners delen de informatie.

2. Vinger aan de pols

Je wil inzicht hebben in je eigen ziekte, en je wilt de mogelijkheid hebben om zelf zoveel mogelijk je gezondheidssituatie te sturen, dan is dit "vinger aan de pols pakket" een goed aanbod. De invloed op de eigen zorgsituatie en de keuze over het eigen zorggebruik neemt toe.

Metten = weten

Bijvoorbeeld bloedwaardemeter in combinatie met een internet tool waar je de waarden in kan voeren. Op afstand kan een zorgprofessional meekijken. Een voorbeeld van een bestaand instrument is de "health buddy".

Telemonitoring

Het automatisch monitoren van lichaamsfuncties op afstand: bloedsuiker, gewicht, bloeddruk.

Informatie pagina's

Verzameling van nuttige informatie over jouw specifieke probleem. Bijvoorbeeld informatie over ziektebeelden, informatie over regelingen, informatie over zorgaanbod. Ook zijn er instructievideo's beschikbaar rond bepaalde vraagstukken. Educatie. E-learning.

Informatie op maat

Een variant op de informatie pagina's: een professional op afstand geeft jou op maat gesneden informatie voor jouw vragen.

Peer groups

Vergelijking van de eigen situatie met die van je peer group. Contact met je peer group onder begeleiding van een deskundige moderator.

Leefstijl agenda, to do agenda

Een webtool waarmee je zelf je leven kan structureren, zorgen dat je medicijnen niet vergeet, zorgen dat je bepaalde handelingen niet vergeet, zorgen dat je de signalen van je lichaam in de gaten houdt.

Dagboek

Zelf bijhouden hoe het met je gaat. Dit kan in combinatie met "metten = weten" en de "leefstijlagenda". Het levert informatie op over je gezondheidstoestand. Het maakt

je ook bewust van je leefstijl, en zorgt er voor dat je adequaat reageert op situaties. Een deskundige kan op afstand meekijken. Een voorbeeld van zo'n tool is het diabetes dagboek.

Toegang tot eigen zorgpagina

Dit kan bestaan uit je eigen EPD, maar ook uit gepersonaliseerde informatie met de voor jou relevante informatie, jouw persoonlijk behandelplan, en waar professionals hun adviezen aan jou in opnemen.

3. Virtuele keten

Ketenvorming rond bepaalde gezondheidsproblemen is in opkomst. Elektronische communicatie kan de keten extra ruggengraat geven. Instrument voor diseasemanagement.

Persoonlijk begeleider online

Begeleiding van de cliënt door een vaste contactpersoon, die ook een coördinerende functie heeft binnen de keten. Deze coördinator kan via e-mail, chat, beeld, telefoon contact houden met de cliënt.

Elektronisch cliënten dossier

Informatiemedium dat door alle zorgverleners wordt gebruikt.

Telemonitoring

Informatie over lichaamsfuncties verzamelen op afstand.

4. Laten meekijken

In een aantal gevallen kan het nuttig zijn om deskundigen of mantelzorgers van een afstand te laten meekijken met wat er gebeurt. Letterlijk meekijken is mogelijk dankzij een camera en een beeldverbinding. Er zijn ook manieren om op afstand iemands functies in de gaten te houden.

Telecare

Professionals hebben contact met de cliënt. Dit kan op allerlei manieren worden gedaan. Bijvoorbeeld door goede morgen, goede avond service. Bijvoorbeeld door cliënten de mogelijkheid te geven zelf contact te zoeken. Bijvoorbeeld door op afgesproken tijdstippen ondersteuning op afstand te verlenen, wondcontrole, nacontrole door ziekenhuis, over de inname van medicijnen, over de administratie etc. Het beeldscherm is hiervoor een goed middel.

Camera in de woning

Met behulp van de camera in de woning kan familie of kunnen professionals kijken of alles goed gaat. Dit kan gebruikt worden bij mensen die alleen zijn en zich moeilijk

kunnen handhaven, zoals mensen met dementie. Maar het is ook mogelijk om dit bij opvoedingsproblemen te gebruiken, om deskundigen mee te laten kijken bij een moeilijke praktijksituatie. Zelfstandig wonende ouderen die met veel problemen kampen vinden het vaak prettig dat iemand bij wijze van spreken om het hoekje kan kijken hoe alles gaat. De eigen privacy vindt men daar vaak aan ondergeschikt.

Mobiel alarm buitenshuis

De technologie is nieuw, werkt nog niet altijd goed, is vaak moeilijk verkrijgbaar. Mobiele alarmering komt in verschillende varianten:

- Zelf alarm slaan
- Makkelijk contact maken, met een eenvoudig, gebruiksvriendelijk apparaat
- Tracing: weten waar iemand is zonder dat die persoon contact hoeft te leggen

Intervisie

Professionals kunnen op afstand meekijken en in praktijksituaties mee adviseren.

5. Veiligheid

Bij ziekte spelen acute risico's. Ook de ouderdom brengt risico's met zich mee. Het gevoel van veiligheid wordt ook aangetast door het risico op brand of inbraak. Diverse technologische vindingen bieden oplossingen. Een punt van aandacht: de subjectieve veiligheid is een niet te onderschatten behoefte van mensen. Vooral ouderen hebben deze behoefte, zowel een bescherming tegen de gevaren van de buitenwereld (security) als tegen ongevallen in huis of met de gezondheid (safety). Bij bepaalde chronische aandoeningen ervaren ook jongere mensen een acuut gezondheidsrisico en ontstaat ook bij hen de behoefte aan "safety".

Alarmering

Met behulp van alarmering kan een persoon een stuk geruster leven. Er zijn allerlei vormen van alarmering:

- Zelf alarmeren bij calamiteiten
- Passieve alarmering, als er bijvoorbeeld een dag lang geen activiteit is waargenomen
- Automatisch alarm bij uit bed vallen, valdetectie
- Brand- en inbraakalarm
- Dwaalalarm, als iemand zijn woning verlaat

Alarmering met beeld

- Bij alarm kan een hulpverlener op afstand meekijken door middel van een camera.
- Als telemonitoring een probleem constateert, wordt automatisch contact gelegd met hulpverleners die de cliënt adviseren.

Domotica

Technologische snuffjes in de woning die de veiligheid en het comfort verhogen.

Voorbeelden

- Automatisch uitschakelen van het fornuis;
- Automatisch licht in de nacht, bij het opstaan, om valongelukken te voorkomen;
- Videocontrole van de voordeur.

6. Compensatie

Technologische snuffjes helpen om lichamelijke beperkingen te boven te komen.

Domotica

Technologische snuffjes in de woning die het mogelijk maken woonhuisfuncties op afstand te bedienen. Voorbeelden

- Deur openen op afstand, zodat de zorg er bij calamiteiten altijd in kan;
- Bedienen van het licht, gordijnen etc.

Actief zijn via internet

Internet kan gebruikt worden om allerlei zaken te regelen. Commerciële dienstverlening is al vrij breed beschikbaar via internet. Dienstverlening binnen zorg en welzijn via internet is in ontwikkeling.

7. Meedoen

Het arrangement "meedoen" heeft tot doel om mensen sociaal te ondersteunen en te bevorderen dat zij deel uitmaken van de samenleving en gebruik blijven maken van de publieke voorzieningen.

Community platforms

De eigen buurt krijgt een gezicht. Je hebt contact met mensen in hetzelfde schuitje. Je kan je huis moeilijk uit, maar je kan toch contact houden met familie, vrienden, hobbygenoten

Lotgenotencontact

Contact via chat of via beeldscherm met een clubje kennissen, bijvoorbeeld over een gezamenlijke hobby

Forum over je eigen probleem. Eventueel geanonimiseerd.

Individueel contact met lotgenoten, via beeldscherm of via e-mail.

Buurt portal

Informatie website over de eigen buurt. Daarop heb je ook interactieve communicatiemogelijkheden.

Diensten bestellen

Via een website kan de cliënt bepaalde diensten bestellen. Die kunnen te maken hebben met de buurtdiensten, maar ook met de persoonlijke zorg door allerlei hulpverleners.

Beeldscherm contact

Beeldcontact zoeken met anderen in de buurt, maar ook met familie en vrienden.

Ontspanning

Wat hebben computerspelletjes te maken met zorg? In de praktijk blijkt dat spelletjes een goede manier zijn om mensen vertrouwd te maken met het nieuwe medium. De spelletjes kunnen eventueel een meerwaarde hebben, door bijvoorbeeld online met meerdere mensen te spelen of door therapiegerelateerde spellen te spelen, zoals geheugenspelletjes.

5 KLANTGROEPEN EN PROFIELEN

We zijn nu aangeland bij het beschrijven van de verschillende klantgroepen en hun profiel. In de vorige hoofdstukken is uitgebreid gesproken over zorgdoelen en aanbodarrangementen, en we kunnen deze nu in verband brengen met de verschillende klantgroepen. Daarmee is het plaatje – zie het model in Figuur 2 – compleet.

Overzicht

Onze indeling in klantgroepen is gebaseerd op het door de persoon ervaren gezondheidsprobleem en gestelde zorgdoel. In de persoonlijke ervaringen van mensen is een enorme diversiteit te zien. We dienen deze diversiteit terug te brengen tot enkele herkenbare beschrijvingen van groepen mensen. Deze groepen moeten een bepaalde gemeenschappelijkheid hebben als het gaat om probleem en zorgdoel, opdat we daar een redelijk scherp aanbod van zorg op afstand op kunnen projecteren.

Een dergelijke indeling kan gebouwd worden op eenvoudige parameters, zoals de mate van zorgbehoefte, de leeftijd, de mate van AWBZ zorg die men ontvangt, de mate van specialistische zorg die men ontvangt, etc. Nadeel van deze werkwijze is dat er een indeling ontstaat in een grote matrix die veel cellen bevat en toch onvoldoende herkenbaar is.

In plaats daarvan presenteren we hieronder een pragmatische indeling die een samengestelde is van allerlei parameters die men op een groep zorgvragers los kan laten. De aanduidingen van iedere groep – probleem en zorgdoel – zijn herkenbaar. Daardoor is de groep steeds goed herkenbaar. Ook in het werkveld van de care is de groep goed herkenbaar. De groep is vaak goed te beschrijven in aantallen en probleemsituatie. Een aanbieder kan zo'n groep zien en benaderen als marktsegment.

Per groep zijn één of meerdere aanbodarrangementen aangegeven. Dit zijn de zeven aanbodarrangementen die in het vorige hoofdstuk zijn besproken. Binnen iedere groep treedt toch nog een enorme diversiteit aan individuele vragen en situaties op. Het aanbodarrangement dient daarom een zorg-op-maat component te hebben. Dat wil zeggen: een individu kan zijn eigen pakket samenstellen uit een aanbodarrangement.

Tabel 2 Overzicht van doelgroepen

<i>Probleem</i>	<i>Klantgroep</i>	<i>Zorgdoel</i>	<i>Arrangement</i>
1. Veroudering	Ouderen die zich onveilig en eenzaam voelen	Kwaliteit van leven behouden	Meedoen Veiligheid
2. Veroudering en lichamelijke af-takeling	Ouderen die chronische beperkingen ondervinden	Kwaliteit van leven behouden Beperkingen compenseren	Meedoen Veiligheid Laten meekijken
3. Chronische ziekte	Diabeet Hartfalen	Beperking compenseren Leven op orde krijgen Kwaliteit van leven behouden	Vinger aan de pols Virtuele keten Slim en makkelijk

<i>Probleem</i>	<i>Klantgroep</i>	<i>Zorgdoel</i>	<i>Arrangement</i>
4. Progressieve ziekte	Kanker	Leven draaglijk maken	Vinger aan de pols Veiligheid
5. Mantelzorg dementerenden	Partner dementerende	Evenwicht bereiken	Meedoen Laten meekijken
6. Geestelijke of verstandelijke beperkingen	GGZ met woonbegeleiding of ambulante begeleiding VG met woonbegeleiding	Evenwicht bereiken	Meedoen Laten meekijken
7. Opvoedingsproblemen	Kinderen met extra begeleidingsbehoefte	Probleem te boven komen	Laten meekijken
8. Lichamelijke beperking		Beperking compenseren	Compensatie
9. Verkeerde leefgewoonten	Rokers, drinkers, eters etc.	Leefgewoonte wijzigen	Vinger aan de pols
10. Gezonde bevolking	Iedereen met algemene gezondheidsvraagstukken	Gezond blijven	Slim & makkelijk

1. Ouderen

Probleem en probleemgroep

We beginnen de beschrijving van de cliëntprofielen met een van de belangrijkste aandachtsgroepen voor zorgaanbieders, namelijk ouderen. Dit is al meteen een zeer diverse groep. We brengen de verschillen terug tot twee groepen: ouderen die moeite hebben met het zelfstandig wonen, zichzelf te handhaven, de eigen regie te behouden; en ouderen die daarbovenop ook met zware lichamelijke problemen kampen, zoals chronische aandoeningen.

De eerste groep – ouderen zonder zware fysieke problemen - woont in de regel zelfstandig. Een grote groep heeft het goed, en geniet van het leven. Daar hebben we het hier niet over; hier gaat het over de ouderen die langzaam een scala aan problemen en probleempjes begint te ervaren.

In het algemeen hebben zij last van een achteruitgang van de fysieke vermogens en dat geeft mede voeding aan sociale en psychische problemen. Die fysieke beperkingen uiten zich in een gevoel van onveiligheid, in mobiliteitsbeperkingen dus minder sociale contacten enzovoorts. De leeftijd speelt ook mee in de achteruitgang van het vermogen om te leren, het vermogen om soepel om te gaan met veranderingen in de omgeving, het vermogen om regie te houden over het eigen leven. Met het voortschrijden van de jaren nemen de contacten met de buitenwereld af, de eenzaamheid toe, het initiatief af. De wereld wordt kleiner en het eigen leven problematischer.

Kenmerkend voor ouderen, en bepalend voor hun gezondheid en hun zorgdoel, is hun veranderende sociale status in de samenleving. Kinderen het huis uit, baan afgelopen, vrienden en kennissenkring wordt kleiner.

Nogal wat ouderen balanceren met hun problemen op de rand van wat nog acceptabel is. Depressie komt veel voor. Depressieve symptomen bij ouderen zijn voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de functionele gevolgen van somatische ziekten.

Tabel 3 *Bevolking naar leeftijd, 2000 – 2008 (CBS)*

	Jonger dan 20 jaar	20 tot 40 jaar	40 tot 65 jaar	65 tot 80 jaar	80 jaar of ouder	Totaal
2000	3.873.008	4.761.504	5.076.996	1.652.103	500.339	15.863.950
2001	3.908.053	4.727.104	5.177.417	1.657.864	516.637	15.987.075
2002	3.940.636	4.685.727	5.280.208	1.667.107	531.607	16.105.285
2003	3.968.999	4.624.170	5.378.947	1.676.486	543.970	16.192.572
2004	3.987.557	4.548.566	5.470.755	1.692.856	558.298	16.258.032
2005	3.987.957	4.467.783	5.561.116	1.715.097	573.573	16.305.526
2006	3.975.626	4.389.840	5.638.285	1.743.443	587.016	16.334.210
2007	3.957.103	4.319.136	5.713.401	1.767.510	600.842	16.357.992
2008	3.938.987	4.267.449	5.783.085	1.799.411	615.350	16.404.282

Zorgdoel

Ouderen willen de kwaliteit van hun leven zoveel mogelijk behouden. Er zijn tal van kleinere en grotere problemen die dit leven bedreigen:

- Veiligheid
- Verlies aan zelfstandigheid en eigen regie
- Lichamelijke beperkingen
- Sociaal isolement

Arrangementen zorg op afstand

Meedoen

Bevorderen dat ouderen mee kunnen blijven doen in de samenleving, gebruik blijven maken van publieke voorzieningen, voorkomen dat zij in een sociaal isolement geraken. Voorbeeld: community platform waar alle informatie over de buurt, activiteiten, diensten bijeen is.

Veiligheid

Bij de afnemende gezondheid groeit de onzekerheid over de veiligheid van de wereld om hen heen en de risico's op calamiteiten in huis of met de eigen gezondheid. Voorbeeld: videocontrole van de voordeur.

Inbedding in V&V

Veel zorgaanbieders focussen zorg op afstand op deze doelgroep. De inspanningen zijn gericht op het brede aandachtsveld wonen, zorg en welzijn. Het feitelijke zorgaanbod is gering (we hebben het hier nog niet over de groep ouderen die al heel veel zorg in huis nodig hebben). Maar activiteiten gericht op preventie, met als doel hen zo lang mogelijk zelfstandig, onafhankelijk en gezond te houden, bieden voldoende grond voor het aanbieden van zorg op afstand. De redenering is dat een vroegtijdige zorgverlenersrelatie zich op den duur vertaalt in een afname van zorgproducten. Bovendien raken ouderen op jongere leeftijd makkelijker vertrouwd met de elektronische instrumenten. Op hogere leeftijd en als allerlei kwalen en problemen de leefsituatie domineren zijn ze niet makkelijk geneigd deze nieuwe technologieën te gaan gebruiken.

2. Ouderen met een aftakelende gezondheid

Probleem en probleemgroep

Hierboven werd gesproken over de algemene fysieke, sociale en psychische achteruitgang van ouderen.

Veel ouderen hebben daarnaast te maken met een ernstig gezondheidsprobleem: chronische ziekten, revalidatie na acute gezondheids calamiteiten, ernstige lichamelijke beperkingen. Deze combinatie van veroudering en ziekte maakt deze groep tot een doelgroep die niet te vergelijken is met jongere mensen die leiden aan een chronisch gezondheidsprobleem. Het is een optelsom. Boven op de problemen rond regie, vereenzaming enzovoorts komen ernstige langdurige lichamelijke problemen die men moeilijk zelf kan managen. De bekendheid met moderne communicatiemiddelen is beperkt. De telefoon is nog te bedienen – zij het op een gegeven moment ook met moeite – maar internet, afstandbediening voor domotica, beeldcommunicatieapparatuur, zijn eigenlijk een brug te ver. De apparatuur is vrijwel altijd te ingewikkeld en gebruiksonvriendelijk.

Zorgdoel

Ouderen willen de kwaliteit van hun leven zoveel mogelijk behouden. Er zijn tal van kleinere en grotere problemen die dit leven bedreigen:

- Veiligheid
- Verlies aan zelfstandigheid en eigen regie
- Lichamelijke beperkingen
- Sociaal isolement

Op de tweede plaats wil deze groep ouderen, die leidt aan chronische ziekten en andere ernstige lichamelijke gebreken, de beperkingen zo goed mogelijk compenseren. Door het samenvallen van hun gebreken met algemene ouderdomsproblemen, wordt het karakter van de zorgvraag heel anders dan die bij jongere mensen met chronische aandoeningen. Wil de laatste groep graag de tools aangereikt krijgen om zelf de vinger aan de pols te houden, ouderen hebben vaak niet meer het vermogen om de problemen in eigen regie op te lossen.

Arrangementen zorg op afstand

Meedoen

Bevorderen dat ouderen mee kunnen blijven doen in de samenleving, gebruik blijven maken van publieke voorzieningen, voorkomen dat zij in een sociaal isolement geraken. Voorbeeld: Beeldscherm contact met buurtgenoten, familie en vrienden.

Veiligheid

Bij de afnemende gezondheid groeit de onzekerheid over de veiligheid van de wereld om hen heen en de risico's op calamiteiten in huis of met de eigen gezondheid. Voorbeeld: passieve alarmering, als er gedurende een langere tijd geen beweging is in de woning, wordt automatisch alarm geslagen.

Laten meekijken

Deskundigen, familie, zorgverleners van een afstand mee laten kijken met wat er in de woning gebeurt. Voorbeeld: Goede morgen / avond service, centrale neemt contact op met de persoon door middel van beeldcommunicatie.

Inbedding in V&V

Deze groep ouderen is sterk aangewezen op de V&V sector. Het streven vanuit de aanbieders is om een breed en samenhangend pakket aan diensten aan te bieden, niet alleen zorg, maar ook welzijn en huisvesting. In de praktijk is het aanbod echter versnipperd, voor een belangrijk deel omdat de bekostigingsystematiek scheidslijnen kent.

Zorg op afstand biedt een belangrijk perspectief: synergie. Een zorgvrager kan één toegangskanaal tot de zorg worden aangeboden, één loket. Dit vergroot de samenhang van de zorg en het biedt zorgaanbieders ook een goede kans voor klantenbinding. De elektronische communicatie vergroot de synergie.

De introductie van zorg op afstand bij deze specifieke doelgroep kampt evenwel met een groot probleem: de technologie, de communicatiemiddelen, zijn in het algemeen veel te moeilijk voor de ouderen waar we hier over praten. Mede om die reden is het arrangement "vinger aan de pols" en "virtuele keten" voor deze doelgroep in het algemeen niet geschikt.

3. Chronisch zieken

Probleem en probleemgroep

Kenmerkend voor deze groep mensen is het hebben van een ziekte die lang duurt en die onzeker is in zijn ontwikkeling en afloop. Chronisch zieken leven jaren, soms het hele leven, met een ingrijpende beperking. Er is onzekerheid over de status van de eigen gezondheid, angst voor herhaling van aanvallen. Deelname aan het maatschappelijk leven wordt vaak beperkt, maar niet opgegeven, en men heeft het gevoel een stigma opgeplakt te krijgen van de samenleving. De chronische ziekte gaat vaak gepaard met aanpalende symptomen, een slechtere gezondheid, recidive van gezondheidsproblemen, en hogere risico's voor tal van bijkomende ziekten.

Het gevolg van de ziekte is dat men gestructureerder moet gaan leven. In veel gevallen is men meer gebonden aan huis. Het sociaal netwerk kan leiden onder de ziekte, maar hoeft dat vaak niet.

Er zijn tal van chronische ziekten, ieder met hun eigen problemen, risico's, kenmerken.

Zij zijn voor de behandeling van hun ziekte afhankelijk van meerdere zorgaanbieders, die ieder een eigen rol hebben. Om de behandeling optimaal te maken en voor de chronisch acceptabel moeten de aanbieders samenwerken, elkaar optimaal aanvullen, een gezamenlijke strategie vormen. Er vormen zich behandelketen, bijvoorbeeld diabetesketen, waarbij ziekenhuis en behandelcentra, eerste lijn en thuiszorg samenwerken. De zorg kan deels gestructureerd worden aangeboden, maar meestal is er ook behoefte aan de inzet van ongeplande zorg.

Chronische ziekten komen voor onder alle leeftijden, in alle sociale lagen van de bevolking. De doelgroep die we hier bespreken wijkt fundamenteel af van de doelgroep oude

ren met chronische ziekten die hierboven is besproken. Het verschil zit hem in de sociale participatie en het vermogen om zelfstandig regie te voeren over de ziekte.

Profiel per 100.000 inwoners

Tabel 4 Prevalentie van verschillende chronische ziektebeelden (2000, 2003, RIVM, CBS)

	prevalentie	per 100.000
Diabetes Mellitus	600.000	3.705
Dementie	100.000	618
Parkinson	25.500	157
Hartfalen	178.900	1.105
Beroerte	216.500	1.337
Chronische obstructieve longziekten (COPD)	316.400	1.954
Osteoporose	430.000	2.711
Artrose	257.400	1.623
Reumatoïde artritis	150.000	926
Nek- of rugklachten	1.600.000	9.881
Gehoortoornissen	1.200.000	7.411
Gezichtstoornissen	542.800	3.352
Cornoraire hartziekten	675.000	4.169
Constitutioneel eczeem	238.000	1.500
Contact eczeem	723.300	4.559
Inflammatoire darmziekten	90.000	556
Multiple sclerose	13.400	84
Slechthorenden boven 60	1.200.000	7.411
aneurysma van de abdominale aorta (AAA)	86.100	543
Astma	519.800	3.210
Staar	343.700	2.123

Zorgdoel

Aangezien mensen met een chronische ziekte vaak midden in het leven staan en proberen een normale gezinssituatie en arbeidssituatie op te bouwen, is hun doel op de eerste plaats het leven op orde te krijgen door de ziekte en de ziekteverschijnselen zo goed mogelijk onder controle te houden. Men wil weten hoe de gezondheid er voor staat, welke risico's er op enig moment zijn. De kwaliteit van leven wil men hoog houden, de eigen leefstijl wil men handhaven, sociaal wil men er bij blijven horen, zonder stigma. Daarvoor is onder andere nodig dat men weet hoe de ziekte er voor staat, dat men zich veilig voelt, dat men is voorbereid op calamiteiten, zodat over de gehele linie de angst voor recidive wordt gereduceerd. Eventuele beperkingen tracht men te compenseren.

Arrangementen zorg op afstand

Slim en gemakkelijk

Deze doelgroep wil dat de gezondheidszorg met slimme oplossingen komt, die zo min mogelijk inbreuk maken op de mogelijkheid een zelfstandig leven te voeren en werkkring er op na te houden. Bijvoorbeeld: consult op afstand, met beeldschermcommunicatie.

Vinger aan de pols

Liefst wil men zelf in staat zijn om zelf de ziekte te monitoren, op een manier die zo min mogelijk de bewegingsvrijheid beperkt. Op het moment dat er een gezondheidsrisico

dreigt, schakelt men graag over op de persoonlijke hulpverlening van deskundigen. Voorbeeld: health buddy, een systeem waarmee mensen met COPD (chronische vernauwing van de luchtwegen), hartfalen (pompfalen van het hart) en diabetes mellitus type 2 (suikerziekte) hun eigen ziektebeeld kunnen monitoren. Voorbeeld: tools om de eigen regie te kunnen voeren, to do agenda online, gepersonaliseerde info over leefstijl, bewegen, afgezet tegen lotgenoten, diabetes dagboek online, inzicht in eigen dossier.

Virtuele keten

Een gezamenlijke communicatie- en informatie infrastructuur die door alle zorgaanbieders in een bepaalde keten wordt gebruikt. Voorbeeld: elektronisch cliëntendossier.

Inbedding in V&V

Voor de huidige pilots rond zorg op afstand zijn chronisch zieken een belangrijke doelgroep, in belang volgend op de doelgroep ouderen. Kenmerkend voor de professionele visie op de zorg voor chronisch zieken, is de vorming van zorgketens, het samenbrengen van de verschillende zorgproducten en zorgaanbieders rond een gezamenlijke visie en aanpak. Juist voor deze doelgroep, die met veel zorgaanbieders te maken heeft, zowel in de eerste lijn als de tweede lijn, de care als de cure, is het belangrijk om niet te verdwalen in dit aanbod. Zorg op afstand, beeldschermcommunicatie, kan een belangrijke integrerende werking hebben. En de chronisch zieke in kwestie is minder afhankelijk van professionals en spreekuren op afstand van huis. De monitoring van de ziekte kan thuis een stuk goedkoper plaatsvinden door middel van apparatuur die de lichaamsfuncties monitort. De doelgroep is vaak goed in staat om met deze apparatuur te werken, kan vaak al met internet overweg, en heeft in het algemeen een positieve attitude om elektronische hulpmiddelen toe te passen. Kortom, een interessante doelgroep voor zorg op afstand en een interessante aanpak voor de sector V&V.

4. Mensen met een progressieve ziekte

Probleem en probleemgroep

Mensen met een chronische ziekte proberen het beste te maken van hun situatie. Men ervaart beperkingen, maar men doet er alles aan die te boven te komen en deel uit te blijven maken van de samenleving.

Voor mensen met een progressieve ziekte is het perspectief op een actief leven verdwenen. Zij staan daarom heel anders in het leven dan chronisch zieken. Ook voor hen kan zorg op afstand een belangrijke rol spelen.

Zorgdoel

Het zorgdoel van deze groep zieken kan omschreven worden als: het leven draaglijk maken.

Arrangementen zorg op afstand

Vinger aan de pols

Mensen met een progressieve ziekte willen zo lang mogelijk thuis blijven en thuis sterven. Men kunnen de instrumenten worden aangereikt om zelfstandig de gezondheidssituatie in de gaten te kunnen houden. Voorbeeld: telemonitoring.

Veiligheid

Het risico op acute gezondheidsverslechtering is groot, en daarom is deze doelgroep gebaat bij instrumenten die de veiligheid vergroten. Voorbeeld: personenalarmering, de mogelijkheid om zelf alarm te slaan bij een calamiteit.

Inbedding in V&V

Verzorging en verpleging thuis, waaronder palliatieve zorg, is een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod. Samenwerking met andere disciplines is belangrijk voor de kwaliteit van leven van de cliënt. Zorg op afstand zou dan ook in onderlinge samenhang moeten worden vormgegeven.

5. Mantelzorgers van dementerenden

Probleem en probleemgroep

Van de naar schatting ruim 200.000 mensen met dementie – een aantal dat snel oploopt tot 400.000 in de jaren 40 van deze eeuw – woont een minderheid in een zorgcentrum: circa 40.000 in een verpleeghuis en circa 35.000 in een verzorgingshuis. De overige 130.000 dementerenden woont zelfstandig.

Zelfstandig wonende mensen met dementie krijgen langzamerhand problemen met het organiseren van hun leven. In het beginstadium gaat het allemaal nog wel. Maar in een verder stadium moeten familie en burens steeds vaker hulp bieden. Wordt de dementie echt ernstig, wordt het gedrag onvoorspelbaar, loopt de dementerende grote risico's, dan wordt de hulp van mantelzorgers onontbeerlijk.

Het mantelzorgers zijn van iemand met matige tot ernstige dementie is een zware last, dat is genoegzaam bekend. Zij voelen zich verantwoordelijk, zij kunnen nooit van huis, durven de dementerende nooit alleen te laten, zij staan er voor hun gevoel alleen voor. En de situatie wordt alsmaar erger. De zorg is intensief, 7 dagen 24 uur.

Professionele zorg voor dementerenden is onderwerp van vernieuwende ontwikkelingen. Allerlei vormen van respijtzorg doen hun intree. De professionele organisaties weten dat samenwerken en ketenvorming hard nodig is. Beroepsgroepen als huisartsen en specialisten zijn zich meer bewust van het vóórkomen van dementie. Ongetwijfeld kan zorg op afstand ook een rol spelen voor de mantelzorgers.

Profiel per 100.000 inwoners

Tabel 5 Prevalentie en incidentie van dementie, naar leeftijd en geslacht (RIVM, ERGO, 2003)

	prevalentie per 100.000			incidentie per 100.000		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
55-59	100	290	390	55	40	95
60-64	240	185	425	55	40	95
65-69	400	475	875	40	95	135
70-74	1.015	1.055	2.070	225	180	405
75-79	3.015	3.100	6.115	740	890	1.630
80-84	6.865	9.645	16.510	1.255	1.260	2.515
85+	15.810	17.800	33.610	1.435	2.915	4.350
totaal	3.921	4.650	8.571	544	774	1.318

Zorgdoel

De mantelzorger van een persoon met dementie heeft zijn handen vol aan de zorg. De ziekte waait niet over, dat weet men. Maar men hoopt steeds een soort evenwicht te bereiken tussen wat de dementerende vraagt en wat men zelf voor een langere periode kan opbrengen.

De ondersteuning die mantelzorgers ervaren van hun omgeving is vaak doorslaggevend om de zorg te kunnen volhouden. Het begint bij begrip van de omgeving, die meestal niet in de gaten heeft wat er zich precies afspeelt thuis. Het beeld aan de buitenkant is vaak iets van "het gaat nog redelijk", terwijl binnen de dijken doorbreken. Het gevoel om zonodig op andere mensen terug te kunnen vallen, er niet alleen voor te staan, is een tweede factor die mantelzorgers helpt de situatie vol te houden. Verder is het idee dat mantelzorgers geholpen kunnen zijn door manieren om de veiligheid van de verzorgde in de gaten te kunnen houden. Op dat punt biedt zorg op afstand mogelijk goede oplossingen: signaleren wanneer de dementerende weggaat, verdwaalt, of wanneer er in huis iets gebeurt. Als de mantelzorger voelt dat er op de dementerende wordt gelet, durft hij of zij makkelijker even de zorg los te laten, even op adem te komen, en dat is hard nodig ter voorkoming van het "doorbranden" van de hulpverlener.

Arrangementen zorg op afstand

Laten meekijken

Tegenwoordig zijn er apparaten beschikbaar die je mee kan nemen en die je positie doorgeven aan huis of aan een zorgcentrale. Het werkt met GSM en GPS. Als deze apparaten in de toekomst beter worden, kunnen zij mogelijk mantelzorgers helpen te weten waar hun dementerend familielid is. Dit heet dwaaldetectie. In de woning kunnen ook apparaten worden toegepast die signaleren als de dementerende naar buiten gaat, of die de situatie via een camera op afstand zichtbaar maakt. Het prettige is dat professionele hulpverleners zonodig om het hoekje kunnen kijken.

Meedoen

Het arrangement "meedoen" kan voor mantelzorgers betekenen dat zij een middel hebben om met lotgenoten in contact te komen. Beeldcommunicatie met vrienden en familie kan helpen de situatie in de gaten te houden.

Inbedding in V&V

De zorg voor mensen met dementie vormt een grote uitdaging naar de toekomst vanwege het feit dat het aantal dementerenden explosief groeit en tevens dat de zorg intensief is. Voor de sector verzorging en verpleging is de zorg voor dementerende een van de belangrijkste taken. De care is waarschijnlijk het aangewezen niveau om de ketenvorming rond de zorg voor dementerenden te organiseren.

Gegeven het belang van toezicht, is zorg op afstand waarschijnlijk een potentieel zeer sterk instrument. De grootste drempel in het gebruik is de perceptie dat zorg op afstand minder goed is dan lijfelijke aanwezigheid van mensen. Daar staat tegenover dat lijfelijke aanwezigheid voor alle mensen met dementie eenvoudig onmogelijk is. Mantelzorgers zullen als eerste de voordelen van zorg op afstand leren kennen. Zorginstellingen zullen voor het toezicht ook vaker gebruik gaan maken van elektronische middelen.

6. Mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking

Probleem en probleemgroep

Mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking ondervinden last bij het zelfstandig functioneren. Een deel is geheel niet in staat om zelfstandig te functioneren in de samenleving. Een ander deel kan dat tot op zekere hoogte wel.

Mensen met een verstandelijke beperking

In deze zeer gedifferentieerde doelgroep zijn allerlei verschillende doelgroepen te herkennen. Voor het onderwerp zorg op afstand is waarschijnlijk de lichtere doelgroep het meest relevant. Fysiek zijn deze mensen doorgaans helemaal in orde. Maar de eigen regie schiet tekort, en het sociaal vermogen is ook beperkt. Veelal is men niet in staat om een aantal fundamentele zaken zelf goed te doen, zoals financiën beheren, post afhandelen, dag indelen en structuur geven, grenzen te stellen aan gedrag. Vaak ook gaan deze problemen samen met eenzaamheid en afhankelijkheid. De laatste twee decennia is een deconcentratiebeweging in gang gezet. Cliënten krijgen op basis van vermogen en wens soms een eigen woning toegekend of (vaker) een appartement in een woongroep. Vooral bij deze groep is zorg op afstand voorstelbaar.

Mensen met een psychiatrische beperking

Ook dit is een zeer gedifferentieerde doelgroep. Als gevolg van de handicaps is het lastig voluit deel te nemen in de samenleving. De problemen kunnen periodiek ernstiger worden waardoor behandeling nodig is. Een behoorlijk deel

Profiel per 100.000 inwoners

Tabel 6 Mensen met psychiatrische of verstandelijke beperking (2001-2003, RIVM)

Beperking	Prevalentie per 100.000	
Psychische stoornissen		
Schizofrenie	23.300	144
Depressie	856.000	5.286
Angststoornis	1.701.000	10.505
Verstandelijke beperking		
Licht	49.700	307
Ernstig	53.600	331
Totaal (andere bron)	111.750	690

Zorgdoel

Het belangrijkste zorgdoel voor beide doelgroepen is een bepaald evenwicht bereiken tussen wat men kan en wat de maatschappij vraagt. Voor iedere persoon ligt dit evenwicht ergens anders. Het is zoeken naar de mate van maatschappelijke participatie die men dankzij ondersteuning nog wil en kan bereiken. Vaak is deze maatschappelijke participatie maar tot op een bepaalde hoogte bereikbaar. Dit is dan het individuele doel voor de individuele cliënt. In de mogelijkheden tot het bereiken van dit evenwicht zijn mensen met een verstandelijke beperking niet te vergelijken met mensen met een psychiatrische beperking.

Arrangementen zorg op afstand

Meedoen

Deel nemen aan de samenleving kan, vooral voor de mensen met een psychiatrische beperking, worden geactiveerd via internet. Voorbeeld: beeldschermcontact; chat met lotgenoten; (gecontroleerd) toegang tot internet.

Vinger aan de pols

Dit arrangement is vooral nuttig voor mensen met een psychiatrische beperking waarbij het nodig is om goed te waken over dagritme, medicijnname en dergelijke. Voorbeeld: tool voor medicijnbeheer.

Laten meekijken

Voor mensen met een verstandelijke beperking kunnen baat hebben bij een arrangement waarbij hulpverleners op afstand kunnen meekijken. Voorbeeld: telebegeleiding op vaste tijdstippen.

Inbedding in V&V

Woonbegeleiding en ondersteunende begeleiding zijn vooral een taak voor gespecialiseerde care organisaties, de GGZ sector en gehandicaptensector. Het toepassen van zorg op afstand staat nog in de kinderschoenen. Enkele pilots wijzen uit dat er een groep cliënten is die zich aangesproken voelt door de nieuwe communicatiemiddelen. Maar een invoering over de hele linie lijkt lastig aangezien niet iedere cliënt er voor voelt of er mee kan werken.

7. Gezinnen met opvoedingsproblemen

Probleem en probleemgroep

Over gezinnen met moeilijk opvoedbare kinderen wordt het nodige geschreven en gepraat. In het huidige 'reality'-klimaat is het opvoedingsprobleem inmiddels verheven tot interessant mediaformat. Zo kunnen we op de televisie vrijwel dagelijks genieten van peuters die de boel flink op stelten zetten en van televisiedoctoren die we op uiteenlopende wijzen de duivel zien verdrijven.

Het levert boeiende televisie op. Maar waarschijnlijk geen bestendige oplossingen.

Los van ondeugende kinderen, is het mogelijk om groepen te onderscheiden die als gevolg van beperkingen gedragsproblemen ondervinden. Zie de cijfers in de tabel hieronder. Hier worden drie groepen uitgelicht: jongeren tussen 13-18 jaar met een gedragsstoornis, jongeren tussen 13 en 17 jaar met ADHD, en de groep jongeren onder de 20 met een beperking in het autistisch spectrum. Een gedragsstoornis is volgens het RIVM te omschrijven als "antisociaal gedrag" dan wel "oppositieel-opstandig gedrag". ADHD is een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Autisme is een ernstige ontwikkelingsstoornis die levenslang blijft bestaan. Meer algemeen wordt gesproken over "stoornis in het autismespectrum" waar een grotere groep mensen last van heeft.

Deze probleemgezinnen kloppen steeds vaker aan bij het CIZ en krijgen in de zorgsector hulp aangeboden. De ouders van deze doelgroep is in het algemeen voldoende assertief om zelf oplossingen aan te dragen en goedbedoelde maar te academische voorstellen van professionele organisaties naar de prullenmand te verwijzen. Het PGB is een geliefde route.

Profiel per 100.000 inwoners

Tabel 7 Jongeren met gedragsproblemen (2001-2003, RIVM)

Beperking	Prevalentie per 100.000	
Verstandelijke beperking		
Gedragstoornis bij jongeren 13-18	55.000	340
ADHD 13-17-jarigen	13.000	80
Autisme jongeren tot 20 jaar	11.000	68

NB:

- Van de kinderen tussen 9 en 13 jaar heeft naar schatting 6% gedragsstoornissen. Bij kinderen rond de 3 jaar komt de variant "oppositieel-opstandig gedrag" naar schatting in 3% van de gevallen voor.
- van de kinderen onder de 16 jaar lijdt naar schatting 3 - 5% aan ADHD. Bij volwassenen is dit naar schatting 1%.

Zorgdoel

De gezinnen waar zich deze problemen voordoen proberen de opvoeding zo goed mogelijk te voltooien. Men zou kunnen zeggen dat het zorgdoel is de problemen zo goed mo

gelijk te boven zien te komen en jonge broedsel succesvol af te leveren aan de samenleving.

Arrangementen zorg op afstand

Laten meekijken

Het idee van een aantal zorgaanbieders is, om gezinnen met opvoedingsproblemen ondersteuning te bieden via het beeldscherm. Er kan bijvoorbeeld meegekeken worden in problematische situaties die zich thuis voordoen en niet tijdens een consult. Van een afstand kunnen zorgverleners meekijken, is het idee, en adviseren.

Inbedding in V&V

Een succesvolle manier om een nuttig aanbod te doen aan deze gezinnen, is niet eenvoudig. Zoals gezegd is het belangrijk om zeer goed aan te sluiten bij de precieze vraag van de ouders. Aangezien het om een generatie gaat die bekend is met moderne communicatie en goed overweg kan met internet, is er een goede kans dat vormen van zorg op afstand, vooral als zij goedkoop kunnen worden aangeboden, zullen worden afgenomen. Een tweede voorspelling die gewaagd kan worden, is dat gespecialiseerde bedrijfjes inspringen op deze vraag. Voor de grotere zorgorganisaties is het waarschijnlijk makkelijker om deze bedrijfjes aan zich te binden dan om zelf het wiel te gaan uitvinden.

8. Mensen met een lichamelijke beperking

Probleem en probleemgroep

Mensen met een lichamelijke beperking willen niet gezien worden als zielig. Zij willen, en kunnen, net als mensen zonder lichamelijke beperkingen volwaardig deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. De zorg die zij nodig hebben, is in de regel volstrekt onderworpen aan de eigen regie.

Zorgdoel

Het zorgdoel van mensen met lichamelijke beperkingen is het compenseren van de beperking zodanig dat men een volwaardig en zelfstandig leven kan leiden in de samenleving.

Arrangementen zorg op afstand

Compensatie

Het arrangement dat deze doelgroep aangeboden kan worden heeft functies in zich die helpen de lichamelijke beperkingen te compenseren. Voorbeelden: domotica in de woning, en bepaalde diensten via internet aanbieden. Er is al het nodige ontwikkeld en beschikbaar, en wellicht kunnen de ervaringen die bij deze doelgroep zijn opgedaan worden toegepast bij andere doelgroepen. Het is niet direct nodig om deze doelgroep middelen aan te bieden die hen in staat stellen te participeren in de samenleving (arrangement "meedoen"), aangezien ze dat prima zelf kunnen en ook graag in eigen hand willen houden.

Inbedding in V&V

Mensen met een lichamelijke beperking willen niet gezien worden als ziek, zwak en miselijk, omdat zij in staat zijn om hun beperking te ontstijgen en een leven te leiden als ieder ander. De associatie met de zorg, en met zorgaanbieders, ligt daarom gevoelig. Het is wel een doelgroep waar waarschijnlijk goed gepioneerd kan worden met zorg op afstand, omdat juist deze doelgroep gesteld is op de eigen zelfstandigheid en de mogelijkheden plus attitude heeft om nieuwe technologieën te gebruiken.

9. Mensen met leefgewoonteproblemen

Probleem en probleemgroep

Leefstijlproblemen zijn onder andere roken, alcohol en overgewicht. Meestal ervaren de betrokkenen (nog) geen gezondheidsprobleem. Maar de kans op gezondheidsproblemen en hinder is op termijn groot.

Roken

We vinden rokers meer onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden. Bij jongeren is er een verband tussen opleiding en rookgedrag. Mannen roken meer dan vrouwen. Dit zijn bekende cijfers. Van de rokers wil 50% stoppen. 65% van de huidige rokers heeft het al wel eens geprobeerd. Zie Stivoro: www.stivoro.nl.

Drinkers

Alcoholmisbruik kan tot veel ernstiger situaties leiden dan roken. In dat geval praten we over een situatie waarin behandeling wenselijk is. Van de 820.000 mensen die in 2002 afhankelijk waren van alcohol, werden er echter slechts 22.365 behandeld. Er is dus een grote groep mensen die met hun problemen rondloopt. Het zijn vooral mannen die zelf zeggen teveel te drinken: 16,3% tegenover 3,9% vrouwen. Zie Stichting Alcoholpreventie: www.alcoholpreventie.nl.

Gewicht

Het probleem kent vele varianten. Ondergewicht is een ernstig probleem bij een klein deel van de bevolking en vraagt om specifieke interventies. Bijna de helft van de Nederlanders vindt zichzelf te dik. Ook hier weer zijn de mannen oververtegenwoordigd. Een groot deel van deze mensen heeft niet direct behoefte aan medische hulp, maar wel aan ondersteuning bij hun poging om de eetgewoonten te veranderen.

Overig

Het RIVM noemt behalve roken, alcohol en voeding nog een paar andere terreinen waar verkeerde leefstijlgewoonten gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken, onder meer druggebruik, lichamelijke activiteit, seksueel gedrag, verkeersgedrag, borstvoeding. Specifieke programma's voor specifieke doelgroepen en problemen zullen mogelijk in toenemende mate ingang vinden.

Profiel per 100.000 inwoners

- 29.600 rokers (2006)
- 7.200 zware rokers (2006)
- 11.300 zware drinkers (2006)
- 5.090 alcoholverslaafden (2002)
- 46.500 overgewicht (2006)
- 11.300 ernstig overgewicht (2006)

Zorgdoel

Veel rokers en drinkers zien (nog) geen probleem in hun gewoonte. Men ervaart geen hinder en vindt het vooral wel gezellig en prettig om een sigaretje op te steken of een biertje te drinken.

Een deel van de "probleemgevallen" onderkent daadwerkelijk een probleem te hebben en doet pogingen van de slechte gewoonte af te komen. Het zorgdoel kan dus omschreven worden als het veranderen van de leefgewoonte. De belangrijkste weerstanden zijn uiteraard de ontkenning van c.q. schaamte voor het probleem.

Arrangementen zorg op afstand

Vinger aan de pols

Het aanbieden van programma's die mensen in staat stellen om op eigen initiatief en met eigen middelen de leefgewoonten te veranderen of beheersen. Dit is een breed arrangement, bestaande uit bijvoorbeeld begeleiding op maat via internet, peer groups en benchmark, lotgenotenforum, dagboek, leefstijlagenda.

Inbedding in V&V

Veel zorgaanbieders bieden hun cliënten een soort servicepakket aan, vaak een uitvloeisel van het lidmaatschap van de vroegere kruisverenigingen. Programma's die inhaken op leefgewoonteverandering zijn vaak te vinden in dit soort aanbod. Het aanbieden van dit soort programma's is geen kerntaak van de V&V sector, maar kan wel de beeldvorming van het bedrijf op een goede manier beïnvloeden. Kijken we ook naar de toekomstpotentie van producten op het gebied van preventie, dan past dit aanbod binnen het streven van zorgaanbieders naar klantbinding.

De elektronische communicatie die in aanmerking komt voor het versterken van dit aanbod liggen geheel op het inmiddels bekende terrein van internet. De kunst is het verbinden van het persoonlijke (de mentor, de peer-group) met het instrumentele (automatische tools via webtechnologie). Middelen zijn onder meer.

Soms maakt de zorgaanbieder zelf een programma, soms schakelt men gespecialiseerde bedrijfjes in. Uitvoeringstechnisch is aansluiting bij gespecialiseerde bedrijfjes een goede keus. Daarbij kan gezocht worden naar een gezamenlijke aanbodstrategie waarbij maximaal gebruik wordt gemaakt van zorg-op-afstand.

10. De gezonde bevolking

Probleem en probleemgroep

Iedereen heeft wel eens kleinere problemen of vragen op het gebied van de gezondheid. Gezonde mensen maken ook gebruik van de gezondheidszorg, ook van thuiszorg.

Huisarts

Ook gezonde mensen gaan wel eens naar de huisarts. Volgens het Nivel heeft 80% van de bevolking in één jaar minimaal dossiercontact met de huisarts. Dit betreft ernstige en minder ernstige klachten tezamen. Volgens het RIVM heeft in 75% van de bevolking jaarlijks minstens één keer contact met de huisarts.

Tabel 8 Jaarlijks contact met huisarts naar leeftijd en geslacht

<u>groep</u>	<u>% 2006</u>
Totaal	72.6
Mannen	67.7
Vrouwen	77.4
0 tot 20 jaar	66.5
20 tot 45 jaar	70.4
45 tot 65 jaar	74.4
65 jaar of ouder	85.8

Zwangerschap

In 2006 zijn 182.000 vrouwen bevallen van een of meer gezonde kinderen. Bijna 58% van alle vrouwen begint de bevalling onder begeleiding van de eerste lijn en ongeveer 40% van alle vrouwen bevalt uiteindelijk in de eerste lijn. 30% van de bevallingen vindt thuis plaats. Ongeveer 60% van de bevallingen vindt plaats in de tweede lijn onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. (RIVM).

Overig

Te denken valt ook aan tal van andere vormen van ondersteuning bij zorg en gezondheid in de eerste lijn, zoals paramedische zorg, mondzorg, apotheker enzovoorts.

Profiel per 100.000 inwoners

- 1.114 zwangerschappen (2006)
- 75.000 huisartsenbezoeken

Zorgdoel

In het algemeen is het zorgdoel dat we hier kunnen benoemen het handhaven van de goede gezondheid.

Arrangementen zorg op afstand

Zorg op afstand kan een belangrijke rol spelen tussen cliënt en hulpverlener. In de relatie tussen beiden wordt veelal gevraagd om algemene informatie danwel op de eigen situatie

toegespitst advies. Administratieve handelingen rond bijvoorbeeld het voorschrijven van medicijnen zijn uitstekend te automatiseren. Het aanbod kan beter inspelen op het individuele leefpatroon van cliënten.

Het arrangement dat bij deze doelgroep past is:

Slim en makkelijk

Dankzij elektronische communicatietechnologieën kan de zorg handiger en slimmer. Dit appelleert aan de behoefte aan gemak en keuzevrijheid van cliënten in deze doelgroep. Men wil bijvoorbeeld de hulp afstemmen op het werk, het gezin. Voorbeeld: Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), virtueel informatieloket, beeldscherm consult.

Inbedding in V&V

Een groot deel van het terrein wat hier besproken wordt ligt in het bereik van de eerste- en tweedelijnszorg. In het verlengde ervan speelt thuiszorg een rol. Rondom zwangerschap bijvoorbeeld. Ook liggen gezondheidscentra, huisartsen en wijkverpleging in elkaars verlengde.

Een belangrijk motief voor de sector Verzorging en Verpleging om zich ook te richten op het gezonde deel van de bevolking, is de potentiële klantenbinding. Jonge mensen die rondom gezondheid, bevalling etc. contacten verkrijgen met V&V aanbieders, blijven voor de rest van hun leven vaak trouw aan de aanbieder waarmee zij goede contacten hebben gehad.

Thuiszorgorganisaties bieden vaak servicepakketten aan, die ook mensen die eigenlijk kerngezond zijn iets te bieden hebben. Het belang daarvan is minder gelegen in de directe inkomsten alswel in de inkomsten op langere termijn: jonge klanten leren de organisatie kennen, worden lid, en (veel) later in het leven, als zorg echt nodig is, kloppen zij aan. De trend is dat kleine organisaties proberen een specifieke doelgroep met een specifieke vraag te bedienen. Zij kunnen dat vaak heel goed. Kijk bijvoorbeeld eens naar <http://www.9maanden.com/> voor allerlei leuke en nuttige zaken rondom zwangerschap. Voor de grote, breed georiënteerde zorgaanbieders kan het daarom verstandig zijn om deze kleine aanbieders aan zich te binden.

6 ACCEPTATIE ZORG OP AFSTAND

In de voorgaande hoofdstukken is een wijze van kijken ontwikkeld op zorgvragers en voor hen nuttige arrangementen rond zorg op afstand. In dit laatste hoofdstuk proberen we te ontrafelen hoe de acceptatie van de nieuwe technologieën is bij de klant. Let wel, het gaat hier niet om de vraag in hoeverre de nieuwe technologieën, zorg op afstand, voldoen in een behoefte. Het gaat om de vraag welke factoren bepalen hoe klanten tegenover het nieuwe aanbod staan. Zorgaanbieders die zorg op afstand bieden kunnen deze kennis benutten om hun producten beter aan te bieden.

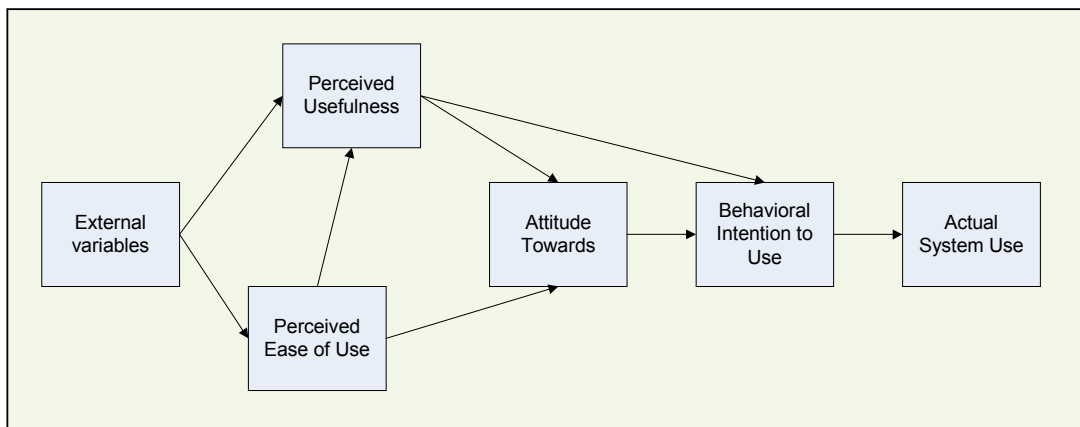
Nieuwe technologieën worden niet automatisch geaccepteerd. Niet door de consument, niet door de medewerkers van zorgaanbieders. Enkele factoren die meespelen bij de acceptatie van zorg op afstand door de cliënt passeren hier de revue. Gestart wordt met een theoretisch kader.

6.1 TECHNOLOGY ACCEPTANCE MODEL (TAM)

Over de jaren zijn verschillende modellen ontwikkeld die de acceptatie van nieuwe technologieën door mensen kunnen verklaren. Deze modellen kunnen worden gebruikt in onderzoek om de redenen bloot te leggen waarom een technologie wel of niet geaccepteerd wordt.

Een veel gebruikt model is het Technology acceptance model (TAM).

Figuur 3 Technology Acceptance Model (F.D. Davis, 1989)



Janneke Kreling heeft voor haar doctoraalscriptie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam onderzocht welke factoren bepalen in hoeverre ouderen een innovatief zorgconcept accepteren⁴. We gebruiken dit onderzoek als kapstok voor onze eigen observaties in het veld, en we zullen zien dat het onderzoek bepaalde variabelen meer of minder gewicht toekent dan wij eigenlijk denken.

⁴ Kreling, Janneke: *De toekomst van de seniorenzorg. Een wetenschappelijk onderzoek naar de acceptatie door ouderen van een innovatief zorgconcept*. Doctoraalscriptie Beleid, Communicatie en Organisatie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam, januari 2005.

Het TAM is in dit onderzoek enigszins aangepast. In het oorspronkelijke model wordt rekening gehouden met de variabele 'waargenomen gebruiksgemak', 'perceived ease of use'. Deze variabele is voor het onderzoek onbruikbaar, omdat er geen individuele waarnemingen van het gebruiksgemak van het nieuwe zorgconcept zijn bij de ouderen onder wie het onderzoek is gedaan. Daarom is de variabele buiten beschouwing gelaten. Twee andere variabelen zijn als "externe variabele" toegevoegd: angst en individuele kenmerken. Angstgevoelens spelen namelijk een rol bij de introductie van nieuwe technologie, doordat het complex en/of onbekend is. Persoonlijke kenmerken zoals ziekte of opleidingsniveau kunnen ook een rol spelen.

In het onderzoek is aan ouderen voorgelegd hoe zij staan tegenover techniek in de zorg. Als voorbeelden werden genoemd (en beschreven) CamCare en TeleCare. Getracht is de gebruikssacceptatie (behavioral intention to use) te meten. Gebruiksacceptatie is geen eenvoudige term. Hier gaat het om de motivatie van de cliënt in relatie tot de doelen die de cliënt heeft, de zorgdoelen waarover in deze notitie gesproken wordt.

Interessant is om te zien welke variabelen precies in het model zijn gestopt bij het onderzoek en in welke mate zij inderdaad de acceptatie van techniek konden verklaren:

Individuele kenmerken

- Sociaaldemografische gegevens als geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding;
- Gezondheid c.q. ziekte;
- Activiteit, het dagelijks leven;
- Het sociale netwerk.

In de projecten zorg op afstand nemen we daadwerkelijk waar dat de situatie van de cliënt mede van invloed is op het al of niet accepteren van nieuwe technologie. Is de cliënt al bekend met nieuwe technologieën en ICT, dan is het makkelijker iets nieuws te introduceren.

In het algemeen neemt de bekendheid met ICT af met de leeftijd. Ouderdom tast ook het vermogen en de wil tot leren aan. Ouderen die al weinig eigen regie tentoonspreiden, zullen ook niet de eersten zijn om te leren werken met een computer. Mensen met een verstandelijke beperking zijn ook beperkt in hun vermogen tot leren.

Persoonlijke interesses spelen ook een rol. Sommige mensen gaan voor het nieuwste van het nieuwste. Anderen zijn meer behoudend ingesteld. Het karakter speelt ook een partij mee. Ziet hij of zij wel in dat er een probleem is, en accepteert hij of zij hulp? Dit zijn algemene weerstanden, maar die zullen ook de introductie van nieuwe technologieën parten spelen.

De variabele 'ziekte' is lastig. De verhalen uit de praktijk zijn enerzijds dat ouderen met veel gezondheidsproblemen niet ook nog eens de energie hebben om allerlei nieuwe technieken in huis te halen en uit te proberen. Andere mensen met chronische ziekten zijn juist wel bereid hulpmiddelen in te zetten die hen kunnen helpen hun leven te managen.

De subjectieve norm

Wat denkt de oudere dat anderen vinden van de nieuwe technologie? Als andere mensen, die de oudere belangrijk vindt, positief staan tegenover de technologie, staan zij dat zelf ook, zo is de theorie.

Uit de ervaring van de projecten blijkt een sterk verband tussen wijze van aanbieden van zorg op afstand en de mate van acceptatie. In het algemeen moet de aanbieder zijn best doen om mensen voor te lichten en actief te benaderen voor deelname aan een project. Het gaat om iets nieuws, en de cliënt heeft niet automatisch een goed beeld van het aanbod op zijn netvlies.

Allerlei psychologische effecten spelen een rol. Hoe betrouwbaar vindt de cliënt de aanbieder? Geeft de huisarts of de eigen familie een positief advies (tip: inschakelen)? Maakt de aanbieder eigenlijk zelf wel een overtuigende indruk aangaande het nut van de toepassing? Welke argumenten worden gebruikt (zie hieronder) om het product aan te bevelen?

Angst

Verwacht wordt dat ouderen, zeker als het om hun gezondheid gaat, sneller en eerder bang zullen zijn. Angst is in het onderzoek een interveniërende variabele. Het gaat om allerlei soorten angst. De angst voor nieuwe technologieën, de snelheid, de onbegrijpelijkheid. Angst voor de aantasting van de privacy. De angst voor sociaal isolement. Angst in het algemeen.

De houding / attitude towards

De evaluatieve natuur van de mens draagt het meest bij tot zijn "houding" jegens techniek in de zorg. Die houding is mede van invloed op de intentie de technologie te accepteren.

Waargenomen nut / perceived usefulness

Het waargenomen voordeel, de effectiviteit die door de cliënt wordt ervaren. Met andere woorden: de cliënt verwacht baat te hebben bij techniek in de zorg.

Bij zorg op afstand zijn we ons bewust van deze variabele. Als een product zijn beloften van betrouwbaar, eenvoudig en betaalbaar niet waarmaakt, zal de interesse van de consument snel wegebben.

In de projecten zorg op afstand wordt natuurlijk ingespeeld op het beoogde nut van de nieuwe technologie voor de cliënt. Wat een cliënt echt van het aangeboden product verwacht, blijft vaak impliciet. De cliënt communiceert een dubbele boodschap, beroept zich op formele argumenten om al of niet in zee te gaan met een aanbieder, maar heeft eigenlijk een heel persoonlijk achterliggend verhaal dat niet aan de openbaarheid wordt prijs gegeven.

Bijvoorbeeld. De cliënt begrijpt eigenlijk niet waarvoor het product bedoeld is. De cliënt krijgt het gevoel dat het product bedoeld is voor mensen met een bepaald probleem, en daar voelt hij zich niet bij horen. De cliënt gelooft er niets van dat de techniek hem een handje gaat helpen. De cliënt is bang dat door het apparaat de hulpverlener wegblijft. Of

omgekeerd, komt ook vaak voor, de cliënt doet mee aan een pilot omdat hij dan meer aandacht krijgt of er weer helemaal bij hoort voelen.

En natuurlijk is besef van het eigen probleem niet altijd gelijk aan hoe de omgeving het ziet. Dat is een algemene weerstand bij het aanvaarden van hulp. Het probleem wordt niet gezien of veel minder ernstig ervaren.

Resultaat

In het algemeen zijn ouderen wel bereid de nieuwe technieken te gaan gebruiken – gemiddeld beantwoorden de respondenten van het onderzoek deze vraag positief.

Door middel van verschillende statistische analyses is de onderlinge afhankelijkheid van de verschillende variabelen gemeten. Het is mogelijk om met deze technieken te kunnen zeggen dat een variabele bijvoorbeeld volledig afhankelijk is van een andere variabele en dus uit het model kan worden geschrapt zonder dat het zijn voorspellende waarde verliest. Dit is inderdaad het geval. De variabelen die vooral een verklarende waarden hebben, zijn angst en houding.

Om te beginnen de variabelen die *niet* scoren: de bereidheid om techniek te gebruiken is niet het gevolg van het nut dat de respondenten daarvan hebben waargenomen. Men is kennelijk berustend in het eigen lot. Wellicht staat men ambivalent tegenover het echte nut van nieuwe technologie. Overigens toont de onderzoeker zich ook verbaast dat deze variabele in het model geen verklarende waarde blijkt te hebben.

De subjectieve norm is ook niet van invloed op de acceptatie. Mogelijk laten ouderen zich, met hun levenservaring, minder makkelijk beïnvloeden door wat anderen vinden.

Ook ziekte bleek geen grote verklarende rol te spelen in de gebruiksacceptatie. Wel was ziekte een belangrijke verklaring voor angst, en angst op zijn beurt bleek een van de belangrijkste determinanten van gebruiksacceptatie. Deze variabele ziekte overigens, is de enige component van de 'individuele kenmerken' die in de resultaten meeweegt. De andere kenmerken vinden we in de discussie niet terug.

Voor de verklaring van de positieve gebruiksacceptatie gaven de variabelen angst en houding de doorslag. Hun houding is te omschrijven als "fijn dat men de zorg beter en efficiënter wil maken en iets aan de wachtlijsten wil doen". Dat scoort dus positief. Het betekent niet dat zij direct het nut van het product herkennen, maar vooral een positieve houding ten opzichte van het zorgconcept hebben. Een andere manier om dit te stellen, is: kennelijk kunnen de respondenten niet bevatten hoe de aangeboden techniek daadwerkelijk zou kunnen helpen in hun situatie, maar vertrouwen zijn wel op het algehele doel om de zorg beter te maken.

Angst daarentegen scoort negatief. Vooral angst voor de apparaten. Maar ook angst voor sociaal isolement en angst voor het algehele concept. De angst voor de aantasting van de privacy is nog het minst. Gemiddeld scoort angst hoog, maar de spreiding in de opvattingen hieromtrent is groot.

Interpretatie

Wat doen we nu met deze resultaten? Moeten we ons nu daadwerkelijk vooral richten op het wegnemen van angst en inspelen op de wens een bijdrage te willen leveren aan be

tere zorg? Dat lijkt wel erg mager. En het spoort niet direct met de ervaring uit de verschillende projecten. Daaruit blijkt namelijk een groot belang van 'subjectieve norm' (het aanprijzen van het product door familie, huisarts etc). Of moeten we constateren dat we in de projecten onvoldoende gewicht toekennen aan de negatieve factor angst, angst voor techniek? In het onderzoek is de variabele "perceived ease of use" niet meegenomen, terwijl dit in de praktijk juist belangrijk blijkt te zijn. Kortom, het is allemaal niet zo eenvoudig als uit een wetenschappelijke toetsing blijkt. Het verklaringsmodel is nog niet direct herkenbaar in de praktijk van alledag.

Het onderzoek richtte zich op ouderen. Dat is ook een belangrijke constatering. In deze notitie worden ook andere doelgroepen benoemd. En daar zal het verklarende model ongetwijfeld heel andere resultaten te zien geven.

Ondanks deze bedenkingen, kan het geen kwaad om de conclusies van dit onderzoek mee te wegen in de aanpak van projecten om de nieuwe technologie aan de man te brengen. Met andere woorden: wees je er van bewust dat de angst voor de technieken, het nieuwe, apparaten, sociaal isolement een grote rol kunnen spelen bij ouderen.

6.2 TU/E: ONDERZOEK OP BASIS VAN HET TECHNOLOGY ACCEPTANCE MODEL

De Technische Universiteit Eindhoven evalueert op dit moment de gebruikersacceptatie van het product VieDome⁵. Zij gebruiken daarvoor hetzelfde Technologie Acceptatie Model als hierboven besproken. Definitieve antwoorden zijn er nog niet. Wel is mogelijk iets te zeggen over de variabelen in het model.

De onderzoekers hebben niet de variabele "angst" meegenomen, maar in de plaats daarvan wel de externe variabele "ondersteuning". Bovendien is de variabele "waargenomen gebruikersgemak" gehandhaafd, omdat dit natuurlijk eenvoudig gemeten kon worden bij dit bestaande en in de praktijk door de respondenten beproefde product.

Bij de 'individuele kenmerken' kijken de onderzoekers naar fysieke mogelijkheden van de respondenten: het horen, het zien, goed ter been zijn, het kunnen vastpakken van het apparaat.

Het 'waargenomen gebruikersgemak' concentreert zich rond de variabelen mobiliteit van de apparatuur, de plek van de apparatuur, het stroomverbruik, schoonhouden, hulp door eventuele partner. Het onderzoek levert veel concrete punten op, maar daar kan op deze plaats niet worden ingegaan.

'Ondersteuning' – de externe variabele in het model – wordt praktisch vertaald als uitleg van het systeem, contactpersoon, snelheid van hulp bij vragen.

'Waargenomen nut' is natuurlijk bekeken vanuit de ziektes van de respondenten: diabetes, algemene gezondheid, de nieuwe zorgapparatuur.

In het onderzoek van Kreling, besproken in de vorige paragraaf, kwam 'houding' bovendrijven als belangrijke verklarende variabele in het model. Er wordt in feite gevraagd of de respondenten de telemedicine apparatuur en de videoverbinding een goed idee vin

⁵ Meesters, L., J. Berentsen, R. Vergouwen: *Telemedicine proef: gebruikers acceptatie. Een case study*. Versie 1. Technische Universiteit Eindhoven. Eindhoven, 4 juli 2007.

den, of juist niet nodig vinden. Een algemene kijk dus die respondenten hebben op de nieuwe technologie.

Bij sociale invloed kijken de onderzoekers naar de beïnvloeding door diabetesverpleegkundige, arts, familie en anderen.

De 'gebruikersacceptatie' tot slot is gemeten als "van plan zijn zo vaak te gebruiken als voor gezondheid nodig is" en "aanbevelen aan andere diabetespatiënten".

Nogmaals: het is te vroeg om op de definitieve uitslagen van het onderzoek vooruit te lopen. Wel zijn al twee dingen van belang. Om te beginnen het gebruik van het Technologie Acceptatie Model als methode om meer inzicht te krijgen in de motieven van gebruikers. Op de tweede plaats de feitelijke variabelen die in het onderzoek zijn gebruikt. Deze kunnen projecten helpen om na te denken over hoe zij zelf hun product onder de aandacht van de gebruikers kunnen brengen met als doel een zo hoog mogelijke acceptatie.

6.3 ONDERZOEK NAAR CONSULT OP AFSTAND

Het hierboven besproken onderzoek richt zich op een beperkte doelgroep, ouderen c.q. diabetespatiënten. In deze paragraaf bespreken we een onderzoek naar consultvormen bij de huisarts waar ook nieuwe technologieën aan de orde komen. Een brede en omvangrijke groep respondenten heeft hier aan meegewerkt.

Uit het onderzoek komen enkele interessante observaties naar voren⁶. Er zijn vijf consultvormen betrokken, vijf manieren van communiceren met de klant:

1. Face-to-face consult
2. Telefonisch consult
3. E-mailconsult
4. Chatconsult
5. Digitaal consult met beeldcommunicatie

Gekeken is naar de voorkeuren voor deze typen consulten. De voorkeuren zijn onderzocht naar persoonskenmerken, omgevingsfactoren, ervaringsfactoren en type hulpvraag. In het onderzoek zijn 1557 respondenten betrokken in alle leeftijden vanaf 18 jaar. Enkele opvallende uitkomsten:

- Vrouwen hebben meer dan mannen een voorkeur voor het telefonisch consult.
- Mannen hebben vaker een voorkeur voor digitaal consult met beeldcommunicatie dan vrouwen.
- Jongeren (< 66 jaar) hebben meer dan oudere personen een voorkeur voor het telefonisch consult en voor digitale consultvormen.

⁶ Geijn, D.G.J. van: *Communicatie tussen patient en huisarts. Een onderzoek naar de voorkeuren van patienten voor traditionele en digitale consultvormen*. Universiteit van Tilburg, Faculteit Geesteswetenschappen. Tilburg, juli 2007.

- Oudere personen (≥ 66) hebben meer dan jongeren een voorkeur voor het face-to-face consult.
- Personen met een slechte gezondheid hebben minder vaak een voorkeur voor de minder rijke consultvormen dan gezondere personen. Rijkere consultvormen zijn consulten waarbij diagnose kan plaatsvinden.
- Hoger opgeleiden hebben eerder een voorkeur voor e-mailconsult en digitaal consult met beeldcommunicatie dan lager opgeleiden.
- Personen met een lager inkomen prefereren het face-to-face consult. Personen met een hoger inkomen prefereren het telefonisch consult.
- Personen met minder tijd hebben een voorkeur voor consulten op afstand, maar niet voor asynchrone consulten.
- Personen met een langere reistijd hebben een voorkeur voor telefonisch consult, maar juist niet voor de andere vormen van consult op afstand.
- Ervaring met consultvormen leidt tot een voorkeur voor deze consultvormen. Echter kon dit nauwelijks worden vastgesteld voor chat- en beeldcommunicatie, omdat daar nauwelijks tot geen ervaring mee was opgedaan.
- De voorkeur voor face-to-face groeit naarmate men vaker face-to-face consulten heeft gehad
- Ervaring met een medium leidt tot een voorkeur voor de consultvorm welke een toepassing van dat medium is.
- Voor diagnosegesprekken heeft men een voorkeur voor face-to-face consult. Voor informatiegesprekken heeft men vaker een voorkeur voor telefonisch, e-mail en chatconsult boven face-to-face consult dan voor diagnosegesprekken.
- Er is nauwelijks een verband in voorkeur bij chronische en niet-chronische klachten.
- Een hoge mate van gezichtsverlies is niet van invloed op voorkeur voor annoniemere consultvormen.

Het onderzoek geeft ook een toekomstrichting aan voor chatconsulten en beeldconsulten. Beide hebben de voorkeur van personen die echt veel moeite ervoeren om de trip naar de huisartspraktijk te maken. Meer dan het snelle telefonisch consult bieden deze consultvormen de mogelijkheid om een goed gesprek met de huisarts te hebben. Het chatconsult heeft de voorkeur voor aanvullende informatie. De beeldcommunicatie heeft meer mogelijkheden voor diagnosegesprekken.

Het profiel van de persoon die bovengemiddeld voorkeuren heeft voor digitaal consult met beeldcommunicatie, kan samengevat worden als: mannelijk, jonger, zeer goede of uitstekende gezondheid, hoger inkomen, betaald werk, (zeer) veel moeite met de trip naar de praktijk, en ervaring met het medium. De persoon die bovengemiddeld voorkeur heeft voor chatconsult lijkt hier op, maar is vaker een vrouw, en vaker gaat het om aanvullende informatievragen.

Bovenstaande gegevens hebben betrekking op huisartsenconsult. Met enige vrijheid zijn dezelfde conclusies te trekken voor de acceptatie van elektronische nieuwe communicatiemogelijkheden op andere terreinen van zorg en gezondheid. Ook hier mag verwacht worden dat deze instrumenten bij een jonge groep consumenten, die reeds ervaring hebben met internet, makkelijk ingang zullen vinden.

6.4 ONDERZOEK NAAR HOUDING EN LEEFSTIJL VAN CONSUMENTEN

De laatste jaren worden consumenten vaak ingedeeld in bepaalde leefstijlgroepen. Een leefstijl kunnen we zien als de variabele "houding" in het Technologie Acceptatie Model.

Aanbieders hebben verschillende verwachtingen van het succes van hun aanbod per leefstijlgroep, en passen hun marktstrategie aan op de leefstijl van de doelgroep. Leefstijlgroepen lopen per definitie dwars door leeftijds- en inkomensgroepen heen. Per definitie omdat men consumenten indeelt op andersoortige kenmerken, die beter zouden voorspellen hoe de consument zich gedraagt. Verschillen in leefstijl verklaren naar verwachting ook verschillen in acceptatie van technologische vernieuwing.

Dit verschijnsel kunnen we beschouwen als verschil in leefstijl tussen deze twee personen. Leefstijl is een belangrijke voorspeller voor de marktoriëntatie van consumenten. Leefstijlanalyses worden daarom ook in het publieke domein van wonen, zorg en welzijn zeer serieus bekeken. Aan de hand van leefstijlkenmerken kunnen we beter bepalen welke groep potentiële cliënten eerder geneigd is de nieuwe technologieën aan te grijpen.

Habion: de Grijze Motor

In opdracht van Habion hebben Motivaction en De Bock en Dekker een charmante indeling opgesteld van de doelgroep ouderen. In het boekje "De Grijze Motor" wordt een verrassende visie gegeven op het nieuwe ouder worden en het nieuwe wonen. Drie segmenten senioren zijn te onderscheiden:

- Traditioneel georiënteerden (25%): degelijk, hulpvaardig, formeel, doe maar gewoon. Domotica komt er alleen in als het bewezen nuttig is.
- Modern georiënteerden (33%): samen met gelijksoortige levensstijl. Domotica en technische snufjes in huis moeten bijdragen aan het gevoel van comfort.
- Postmodern georiënteerden (42%): zelfstandig en individualistisch. Maakt gebruik van moderne communicatiemiddelen.

SmartAgent

De SmartAgent heeft ook een leefstijlindeling voor 55-plussers ontwikkeld⁷. Twee assen vindt men belangrijk: de as individueel – collectief (ego – groep), en de as vitaal – passief (extravert – introvert). In de vier kwadranten die ontstaan, zijn zes belangrijke groepen te onderscheiden:

- Ongebondenden: vitaal en individueel (= vitaliteit);
- Verankerden: vitaal en collectief (= harmonie);
- Dynamische individualisten: passief en individueel (= controle);
- Terugtrekers: passief en collectief (= bescherming);

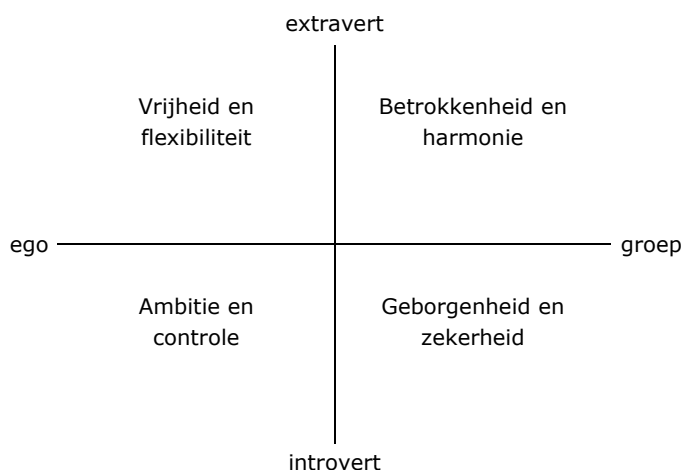
En nog twee groepen in het midden van het assenstelsel:

- Onafhankelijken: enigszins vitaal;
- Samenlevers: enigszins passief en collectief, maar minder sterk dan de Terugtrekers hierboven.

⁷ The Smart Agent Company: *Woonbeleving 50-plussers*. Leusden, 2002.

Deze indeling kan men vervolgens loslaten op voorkeuren voor allerlei zaken, zoals woonvoorkeuren (dit is onderzocht) maar ook het gebruik van nieuwe technologieën.

In een later onderzoek⁸ kiest de Smart Agency er voor om de vier kwadranten in dit assenstelsel te typeren als verklarende leefstijlen. Dit keer richt het onderzoek zich niet op alleen 55-plussers maar op alle huishoudens. Feitelijk beschouwt men de factoren ego/groep en extravert/introvert (vitaal/passief) als succesvolle determinanten van leefstijl. Wat men er ook van vindt, het leidt wel tot overzichtelijke plaatjes. Want deze vier kwadranten leveren dan vier leefstijlgroepen op:



Motivaction

Nogmaals Motivaction in een leefstijlonderzoek. Dit keer een onderzoek in opdracht van SenterNovem die willen weten hoe mensen wonen beleven en duurzaamheid beoordelen. Het onderzoek onderscheidt zeven leefstijlgroepen waarbij steeds een bepaalde maatregel past om duurzaam wonen te bevorderen:

1. Actieve individualisten: technische haalbaarheid;
2. Huiselijken: aanpassing van gedrag;
3. Gesettelde idealisten: economische haalbaarheid;
4. Tolerante socialisers: imago;
5. Buurtgeoriënteerden: milieuwinst;
6. Gehaaste middenklassers: toekomstwaarde;
7. Gemeenschapsgezinden: gezondheid.

Het is duidelijk dat Motivaction vooral opeenvolgende generaties als bepalende factor zien voor het verklaren van allerlei voorkeuren en gedragingen. Dit is natuurlijk een bekend fenomeen in de zorgsector.

6.5 OPVATTING NPCF

De Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie maakt zich sterk voor Telemedicine. In de notitie "Remote Control!"⁹ hebben zij hun visie neergelegd. Remote Control drukt vooral de verwachting en wens uit dat cliënten de techniek zullen benutten om de invloed op de eigen zorg te vergroten.

De NPCF heeft de afgelopen jaren een instrument ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te kunnen beoordelen. De kwaliteit wordt vanuit het perspectief van de cliënt omschreven. Het instrument heet "door cliënt bekeken". Dit is onder andere voor apotheken met veel succes toegepast, ook omdat apotheken er zelf om vragen. Voor de eerstelijns gezondheidszorg en gezondheidscentra ontwikkelt het NPCF ook een "dbc". En telemedicine, te beginnen met videonetwerken, lijkt de NPCF ook een zeer geschikt onderwerp voor het meetinstrument. De eerste stappen om het instrument te ontwikkelen zijn gezet.

Het product

Beeldcommunicatie is een onderdeel van telemedicine, "het op afstand toepassen van zorgverlening en ondersteuning met behulp van ICT, gericht op het primaire zorgproces, zodanig dat de kwaliteit van leven van de zorgverlener toeneemt".

Telemedicine kan volgens de NPCF bijdragen aan vraaggestuurde zorg, waaronder zij het volgende verstaan:

- Zorggebruiker bepaalt doel, vorm, tijdstip, soort zorg en soort zorgverlener;
- Uitgangspunt is de behoefte van de individuele zorggebruiker;
- De zorggebruiker stuurt kwaliteit en wijze van levering;
- Er is sprake van een uniek aanbod per persoon.

Telemedicine maakt de zorg minder plaats- en tijdgebonden, en daardoor flexibeler en beter stuurbaar door de cliënt. In combinatie met (personen)alarmering, signaleringssystemen, domotica, aanpassingen in huis en hulpmiddelen faciliteer je het wonen van mensen thuis.

Doelgroepen

Het nadeel van denken in doelgroepen is het bedenken van een aanbod zonder de belangstelling vooraf te toetsen. In de praktijk zie je dit misgaan, bijvoorbeeld bij projecten die moeite hebben enthousiasme te vinden bij de klant. Weliswaar is het moeilijk om mensen te vragen naar iets dat nog niet bestaat. Maar aan de andere kant is er in algemene zin veel bekend over de factoren die de acceptatie van technologie vergroten. En ook is voldoende bekend over de gewenste kwaliteit van zorg.

Het is belangrijk dat aanbieders zich meer bezig houden met de acceptatie van de nieuwe techniek. Er is veel bekend over de determinanten voor acceptatie.

⁸ The SmartAgent Company: *Woonbeleving Drechtsteden, woonambities in kaart*. Leusden, 2006.

⁹ Tjalsma, Dora: *Remote control! Toekomst en betekenis van telemedicine voor de zorggebruiker*. NPCF. Utrecht, september 2007.

Draai het denken daarom om: in plaats van inleven in de technologie van een product, inleven in de attitude van de klant. Waar gaat het dan vooral om? Dat telemedicine en zorg op afstand moeten bijdragen aan empowerment van de klant, de klant mogelijkheden geven zijn eigen ziekte te 'managen', de klant informatie aan te reiken zodat hij of zij beter de situatie overziet en dat kan preventief werken.

Het lijkt de NPCF geen goed idee om cliëntprofielen vast te stellen op basis van indicatie. De indicatiestelling is namelijk vooral functioneel en geeft niet direct aan welke aanbod daar bij hoort. Liever geen bepaalde telemedicine producten koppelen aan bepaalde indicaties.

Doel

Telemedicine, en dus ook zorg op afstand, biedt voordelen voor de kwaliteit van leven van mensen en de kwaliteit van zorg. Daarom stimuleert de NPCF de toepassing van telemedicine. Maar wel met in het achterhoofd het gebruikersperspectief.

Telemedicine kan de kwaliteit van leven verbeteren, vanwege:

- Het comfort voor de zorggebruiker, bijvoorbeeld doordat er minder hinderlijke of belastende bezoeken nodig zijn aan zorgverleners;
- De effectiviteit van de zorg neemt toe: sneller, eerder en efficiënter;
- De invloed die de zorggebruiker zelf heeft op de eigen zorg neemt toe;
- En tot slot heeft de zorggebruiker, als het goed is, meer keuze over wie welke zorg verleent.

Beeldcommunicatie *kan* een verrijking betekenen van de sociale leefwereld van zorgvragers. Dat lijkt met elkaar in tegenspraak. Maar vergelijk het met SMS'en onder jongeren. Zij onderhouden hun netwerk met moderne communicatie en zien dat allerm minst als een verschraving. Beeldcommunicatie kan mensen dichter bij elkaar brengen. Je kan daardoor frequenter contacten leggen. Het geeft je ook meer vertrouwen dat je thuis kan functioneren.

En telemedicine kan ook de kwaliteit van zorg verbeteren, want het maakt een snellere en betere zorg mogelijk. Het kan een goede plaats innemen van een totaalpakket aan zorg, zorgketens, zorgprogramma's. Er kan makkelijker contact plaatsvinden met de zorggebruiker op die momenten dat het nodig is en die de zorggebruiker goed uitkomen. Het is mogelijk om met telemedicine een betere en frequentere controle op ontvangst en begrip van informatie te hebben. Maar de NPCF vindt wel belangrijk dat er heldere afspraken worden gemaakt tussen zorggebruiker en zorgverlener om te voorkomen dat met het verzenden van informatie de zorgverlener al aan zijn plicht heeft voldaan. Dat zou te gemakkelijk zijn. Want veel cliënten nemen deze informatie niet automatisch in zich op. Een tweede randvoorwaarde is dat zorggebruikers die geen gebruik wensen te maken van telemedicine uitgesloten worden van de betreffende zorg.

Het aanbod

In het aanbod moet telemedicine gezien worden als een toevoeging aan het bestaande aanbod. Het bestaande aanbod verbetert zich door betere onderlinge afstemming. Telemedicine, ICT, kan bijdragen aan die verbetering van het bestaande aanbod.

Vanuit de klant gezien kan telemedicine een nuttige bijdrage leveren aan de zorg, bijvoorbeeld:

- Een elektronisch (WMO) loket;
- Koppeling van de zorgontvanger aan zijn of haar elektronisch patiënten of cliënten-dossier;
- Het verstrekken van informatie over de zorg die je ontvangt. Dat moet optioneel zijn, en niet verplicht. Het risico bestaat dat straks al deze makkelijke ICT tools min of meer een verplichte route vormen voor de zorgvrager, terwijl lang niet alle mensen zover zijn op ICT gebied;
- Epilepsie en dementie kunnen ondersteund worden met GPS zoeksystemen, wat de mobiliteit en veiligheid ten goede komt;
- Al genoemd is: gemak, minder belasting, niet zo vaak naar het ziekenhuis
- Ook communicatie met kinderen, bekenden, familie.

Strategie

De beste strategie is, het zal de lezer van het bovenstaande niet verbazen, vanuit klant-perspectief te werk gaan. Er is een kanteling nodig in het organiseren van het aanbod. Het moet zich vormen naar de wensen van het individu, en dat betekent meer flexibilisering van de zorg, snellere zorg, minder overhead. Telemedicine zou daar aan bij kunnen dragen.

6.6 SYNTHESE: HANDREIKING VOOR DE PRAKTIJK

We proberen de lessen uit het onderzoek en uit de ervaringen van projecten hier samen te vatten tot een checklist die zorgaanbieders kunnen gebruiken bij het uitstippelen van hun beleid om nieuwe technologieën en daarop gebaseerde diensten te introduceren.

Tabel 9 Checklist variabelen die van invloed zijn op de acceptatie van nieuwe technologie

<i>Variabele in het model</i>	<i>Voorbeelden</i>
Individuele kenmerken	Leeftijd Samenwonend of niet Opleiding en inkomen Gezondheid c.q. ziekte Het beeld dat men heeft van eigen gezondheidsprobleem Sociaal netwerk Fysieke mogelijkheden
Externe variabelen*	Voldoende ondersteuning: uitleg, een persoonlijk contactpersoon, snelle hulp bij vragen Angst voor nieuwe technieken Angst voor aantasting van de privacy Angst voor sociaal isolement

	<p>Angst in het algemeen</p> <p>Angst voor een calamiteit met de gezondheid (safety)</p> <p>Angst voor gevaar uit de buitenwereld (security)</p>
Waargenomen nut	<p>De cliënt begrijpt waar het om gaat</p> <p>Het is duidelijk wat de cliënt nuttig vindt. NB: wat de cliënt zegt is niet noodzakelijk hetzelfde als wat de cliënt vindt of voelt</p> <p>De cliënt vindt andere toepassingen van het apparaat nuttiger dan waar het echt voor bedoeld is</p> <p>De cliënt ziet nut voor zichzelf, niet voor een ander</p> <p>De cliënt vertrouwt de apparatuur niet</p> <p>De cliënt associeert zorg op afstand met minder bezoek van hulpverleners</p>
Waargenomen gebruikersgemak	<p>Bedieningsgemak</p> <p>Mobiliteit van de apparatuur</p> <p>De plek van de apparatuur</p> <p>Installatiegemak</p> <p>Stroomverbruik</p> <p>Schoonhouden</p> <p>Hulpmogelijkheden door eventuele partner</p>
Houding	<p>Leefstijl kan gezien worden als een variabele die iets zegt over iemands algemene houding</p> <p>De opvatting van de cliënt van de gezondheidszorg in het algemeen</p> <p>De opvatting van de cliënt van technologie in de gezondheidszorg</p>
Sociale invloed	<p>Perceptie van betrouwbaarheid aanbieder</p> <p>Advies huisarts</p> <p>Advies hulpverleners</p> <p>Advies eigen familie</p> <p>Maakt de aanbieder eigenlijk zelf wel een overtuigende indruk aangaande het nut van de toepassing?</p> <p>Argumenten nut product</p> <p>De cliënt doet mee omdat de aandacht prettig is</p>

*) dat wil zeggen: extern in het Technologie Acceptatie Model.

7 LITERATUUR EN RESPONDENTEN

Respondenten en begeleidingscommissie

- Anja Paap, Nijfinster
- Don Bouwhuis, Technische Universiteit van Eindhoven
- Dora Tjalsma, NPCF
- Hannie Fonk, Beweging 3.0
- Inge Borghuis, ActiZ
- John van Meurs, Universiteit van Groningen, Faculteit economie en bedrijfskunde
- Lydia Meesters, Technische Universiteit van Eindhoven
- Peter Hermans, Careyn
- Peter Stevens, ActiZ
- Rolf Striekwold, Atlant Zorggroep

Literatuur

ActiZ: www.zorg-op-afstand.nl. Deze website van ActiZ biedt up-to-date informatie over zorg op afstand en wil daarmee de ontwikkeling en groei van zorg op afstand ondersteunen.

ActiZ, V&VN en Syntens: *DVD "Zorg op afstand, Dichterbij"*. Utrecht, april 2007.

ActiZ: *Van experimenten naar arrangementen. Projecten tot opschaling van zorgarrangementen met videocommunicatie in de periode 2007 – 2010*. ActiZ, Meavita Nederland, Zuidzorg. Utrecht, 25 april 2007.

ActiZ, Meavita en ZuidZorg: *Van experimenten naar arrangementen. Programmaplan ten behoeve van het transitieprogramma in de langdurige zorg*. Utrecht, juli 2007.

Borghuis, I.: *Zorg op afstand Dichterbij*. ActiZ. Utrecht, april 2008.

Bos, J.T., D.M. de Jongh en A.L. Francke: *Monitor invoering videonetwerken in de thuiszorg. Verslaglegging van de eerste peiling*. Nivel. Utrecht, 2005.

Davis, F.D. (1989): *Perceived Usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology*. *Management Information Systems Quarterly*, 13 (3), 319 – 340.

Epping, R. en A. Hageman: *Telebegeleiding voor chronische ziekten als ondersteuning*. *Kwaliteit in Beeld*, jaargang 2004 nr. 6, p. 10-12.

Geijn, D.G.J. van: *Communicatie tussen patient en huisarts. Een onderzoek naar de voorkeuren van patienten voor traditionele en digitale consultvormen*. Universiteit van Tilburg, Faculteit Geesteswetenschappen. Tilburg, juli 2007.

Haas-de Vries, J.N. de: *Technologie in de ouderenzorg. Naar een ethisch verantwoorde implementatie*. Professor dr. G.A. Lindenboom Instituut. Ede, februari 2007.

Ikkersheim, David CS: *Nieuwe vorm van telemonitoring thuis. Inzet Health Buddy bij COPD-patiënten heeft toekomst*. *Medisch contact*, 28 april 2006, jaargang 61 nr. 17, p. 692-695.

- Kammen, J. van: *Zorgtechnologie. Kansen voor innovatie en gebruik*. Stichting Toekomstbeeld der Techniek. Den Haag, 2002.
- Kleijn, E. de et al: *Slimmer werken in de Zorg*. TNO. Hoofddorp, december 2006.
- Kreling, Janneke: *De toekomst van de seniorenzorg. Een wetenschappelijk onderzoek naar de acceptatie door ouderen van een innovatief zorgconcept*. Doctoraalscriptie Beleid, Communicatie en Organisatie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam, januari 2005.
- London, J. van: *Beweegredenen, aandachtspunten en strategie bij het invoeren van videocommunicatie in de zorg; Visiedocument van de denktank van deskundigen*. Augustus 2006.
- Meesters, L., J. Berentsen en R. Vergouwen: *Telemedicine proef: gebruikers acceptatie. Een case studie. (versie 1)*. Technische Universiteit Eindhoven, 2007.
- Meijer, I.: *Zorg op Afstand: een kenniscentrum? Een verkenning naar draagvlak en randvoorwaarden*. Technopolis BV. Amsterdam, mei 2008.
- Motivaction e.a.: *De grijze motor. Het nieuwe ouder worden*. Habion, 2007.
- Nouws, H.: *Beeldcommunicatie in de zorg: doelgroepen en doelen*. De Vijfde Dimensie / Provincie Utrecht. Utrecht, december 2007.
- Nouws, H., L. Sanders en M. Kersten: *Monitoring Toekomst Thuis; Eerste tussenrapport. Leerervaringen voorbereidingsfase*. De Vijfde Dimensie / Provincie Utrecht. Utrecht, februari 2007.
- Nouws, H., L. Sanders en M. Kersten: *Monitoring Toekomst Thuis; Tweede tussenrapportage. Leerervaringen halverwege de projecten*. De Vijfde Dimensie / Provincie Utrecht. Utrecht, december 2007.
- Nouws, H.: *Beeldcommunicatie in de zorg: doelgroepen en doelen*. De Vijfde Dimensie / Provincie Utrecht. Utrecht, december 2007.
- Peetermans, A. et al: *Telecare voor ouderen. Socio-economische analyse van het gebruik van videotelefonie binnen de ouderenzorg*. Katholieke Universiteit Leuven, Hoger instituut voor de arbeid. Leuven, 2004.
- Peeters, J.M., A.L. Francke en J.T. Bos: *Monitor videonetwerken. Peiling najaar 2006. Tussentijds verslag*. Nivel. Utrecht, 2007.
- Peeters, J.M. en A.L. Francke: *Monitor Zorg op afstand in de thuiszorg. Verslaglegging van de peiling najaar 2007*. Nivel. Utrecht, 2008.
- Schilstra, P.: *Zorg op afstand. Onderzoek onder patiënten met de ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa naar de tevredenheid met een nieuwe manier van zorgverlening vanuit de Maag- Darm- en Leverafdeling van het Academisch Ziekenhuis Groningen*. Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid. Groningen, oktober 2004.
- Smart Agent Company: *Woonbeleving 50-plussers*. Leusden, 2002.
- Stevens, P.: *Monitor videonetwerken voor zorg-thuis. Beweegredenen, proces en ervaringen*. ActiZ. Utrecht, november 2005.

Stevens, P.: *Kwalitatieve monitorrapportage over voortgang, versnelling en opschaling. Project invoering videonetwerken voor zorg-thuis*. ActiZ. Utrecht, november 2006.

Tjalsma, Dora: *Remote control! Toekomst en betekenis van telemedicine voor de zorggebruiker*. NPCF. Utrecht, september 2007.

Vulpen, A. van: *Herrie.nu, werkplaats Zorg op afstand ActiZ*. 2008.