

KANTAR

Digitale zorg binnen de thuis- en huisartsenzorg

Analyse diepte-interviews

Petra Kramer, Evelien Damhuis, Maartje Schalker
244408051
13 juli 2020



“

Het is belangrijk dat videozorg niet als de norm wordt gezien; blijf scherp bepalen wanneer welk soort contact het beste is (bellen, chat, fysiek, beeldzorg).

– **Zorgaanbieder thuiszorg**

”

Conclusies

Over het algemeen is de inzet van beeldschermzorg toegenomen sinds de coronacrisis. Een groot deel van zowel de geïnterviewde zorgaanbieders (8 huisartsenpraktijken en 22 thuiszorg-/wijkverplegingsorganisaties) als cliënten (n=22) uit zich positief over de digitale zorg. Gebruikers van digitale zorg hebben aangegeven welke zaken het meest nodig zijn om de inzet van de digitale zorg te verduurzamen. Deze zijn samen te vatten in vier thema's. Ze zijn alle vier van belang voor zorgaanbieders/zorgverleners en de middelste twee vooral voor cliënten. De thema's gelden voor thuiszorg/wijkverpleging en huisartsenzorg min of meer even sterk:



Financieel

Zorgorganisaties missen (duidelijkheid over) de bekostiging: **financiering/subsidie is nodig voor het opzetten van de benodigde infrastructuur** voor het leveren van digitale zorg, anders is de drempel te groot om hierin te willen én kunnen investeren.

Daarnaast is het van belang dat de **vergoeding van digitale zorgverlening toereikend** is: dat zorgverzekeraars en gemeenten begrijpen welke vergoeding nodig is om digitale zorg rendabel te kunnen verlenen: zowel het consult als bijkomende kosten zoals uitleg aan cliënten en distributie van tablets. Zo niet, dan zal men voor de beter vergoede traditionele zorgverlening kiezen.



Informatie

Het is belangrijk dat zowel zorgverleners als cliënten goed **begrijpen waarvoor digitale zorg wel en niet wordt ingezet**. Zodat zij het nut en de urgentie inzien en zodat angst dat het wordt ingezet in situaties of bij doelgroepen waarbij het niet past wordt weggenomen.

Daarnaast is er soms koudwatervrees die weggenomen dient te worden, door duidelijk te maken dat het niet moeilijk hoeft te zijn. Bijvoorbeeld door het **delen van positieve voorbeelden** binnen (bijv. door het delen van filmpjes) en tussen organisaties en door promotie richting cliënten/algemeen publiek.

Tot slot is **scholing** nodig: zorgverleners kunnen niet altijd goed omgaan met digitale middelen, maar dat is wel nodig om het voor cliënten ook daadwerkelijk makkelijk maken..



IT/techniek

Er is behoefte aan goede middelen: **betrouwbare hard- en software die gemakkelijk zijn in het gebruik**. Zowel voor de zorgverlener als de cliënt is dit een voorwaarde.

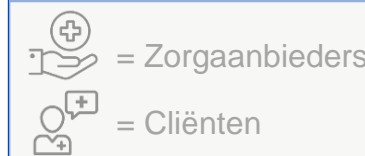
Daarnaast is **technische ondersteuning** gewenst, aangezien zorgorganisaties vaak geen sterke IT-infrastructuur hebben. Dit komt allereerst de zorgorganisatie en zorgverlener ten goede, maar ook het gemak voor de cliënt wordt ermee versterkt. Bovendien is meer IT-kennis bij zorgorganisaties relevant om het kaf van het koren te kunnen scheiden van de grote hoeveelheid aanbieders van toepassingen op de markt ('er zijn veel piraten op de markt').



Samenwerking

Er zou volgens veel zorgaanbieders meer **uitwisseling van ervaringen moeten komen binnen en tussen zorgorganisaties**. Bijvoorbeeld door het delen van succesvolle praktijkvoorbeelden. Zowel voor efficiëntie (van elkaar leren en niet het wiel opnieuw uitvinden) als voor de motivatie om met beeldschermzorg door te gaan/te starten (positieve ervaringen uitwisselen).

Ook **uniformiteit** in gebruikte middelen is gewenst: betere aansluiting van systemen van verschillende aanbieders op elkaar. Een veelheid aan systemen zou voorkomen moeten worden.



Contents

1	Inleiding	5
2	Beeldschermzorg ten tijde van het coronavirus	10
3	Positieve ervaringen en ideeën voor duurzame inzet	15
4	Aandachtspunten	23
5	Benodigheden voor beeldschermzorg in de toekomst	28
6	Bijlage	34

1 Inleiding

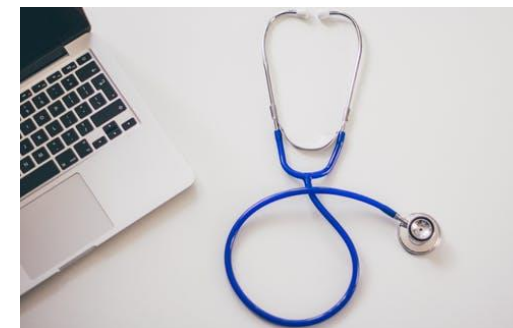


Huidige situatie en inleiding

De inzet van beeldschermzorg en andere vormen van e-health staat al enkele jaren op de politieke agenda en recenter ook meer op de publieke agenda. Zo werd in een recent artikel in De Volkskrant gepleit voor het wettelijk verplichten van het aanbieden van digitale zorg door zorginstellingen (De Volkskrant, 29 juni 2020)* en wordt benadrukt dat digitale zorg met name voor thuiswonende (kwetsbare) ouderen en chronisch zieken een uitkomst kan zijn, omdat zij op deze manier beter kunnen worden ondersteund en/of langer thuis kunnen blijven wonen (Noord-Hollands Dagblad, 3 juli 2020)**. Juist in de huidige tijd, in de greep van het coronavirus, staat de inzet van digitale zorg in de schijnwerpers. De ontstane omstandigheden hebben de digitale zorg in een stroomversnelling gebracht, zo blijkt ook uit het onderzoek van Nivel onder huisartsen (Van Tuyl et al., 2020)***. Hieruit blijkt onder andere dat door het coronavirus driekwart van de huisartsenpraktijken meer gebruik is gaan maken van e-health-toepassingen, waarvan beeldbellen de grootste stijger is.

Door het uitbreken van het coronavirus is er, vanuit het programma Langer Thuis van het ministerie van VWS, een noodregeling opgestart (SET Covid-19). Met deze regeling zijn 460 aanbieders van zorg ondersteund in de inzet van digitale zorg. De vraag is nu hoe we (de toename in) inzet van digitale zorg structureel kunnen inbedden in de zorg. Het ministerie van VWS wil in samenwerking met een aantal partijen binnen het zorgstelsel dit momentum niet verloren laten gaan en stappen ondernemen om toepassingen in de digitale zorg te verduurzamen. Zodat digitale toepassingen blijvend als volwaardig hulpmiddel worden gebruikt bij sociale contacten, ondersteuning en zorg van thuiswonende ouderen.

Om hiervoor de juiste keuzes te kunnen maken, zijn inzichten nodig in de huidige successen en obstakels bij de inzet van digitale zorg. Daarvoor is deze zogeheten *quickscan* uitgevoerd. De inzichten zijn verkregen door het uitvoeren van interviews met (managers bij) zorgaanbieders en cliënten vanuit de huisartsenzorg en thuiszorg/wijkverpleging. Het betreft specifiek de (cliënten van) zorgaanbieders die een aanvraag hebben gedaan voor SET Covid-19. Het onderzoek tracht praktische handvatten te bieden voor de gewenste verduurzaming en schetst een beeld van de huidige inzet, ervaringen, valkuilen en successen van beeldschermzorg vanuit het oogpunt van de genoemde doelgroepen. Dit onderzoek dient als aanvulling op andere onderzoeken rondom dit thema. In de rapportage wordt de link met deze onderzoeken gelegd waar mogelijk en relevant. Op de volgende pagina staan concretere onderzoeksvragen beschreven die dienen als rode draad in de analyse. De onderzoeksverantwoording is te vinden op pagina 8.



Centrale vraag en deelvragen in het onderzoek

Wat is er nodig om ervoor te zorgen dat (managers bij) zorgaanbieders, zorgprofessionals en (oudere) cliënten op de lange termijn digitale zorg gaan, dan wel blijven gebruiken?



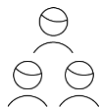
1. Wat zijn de positieve ervaringen van digitale zorg tijdens de eerste vier coronamaanden onder aanbieders, professionals en cliënten?

- Maakte men voor de uitbraak van COVID-19 al gebruik van beeldschermzorg?
- Hoe heeft men de omschakeling naar de mate van beeldschermzorg tijdens de eerste vier coronamaanden ervaren?
- Wat heeft men hiervan geleerd?
- Wat zijn de positieve ervaringen geweest?
- Voor welke doelgroepen werkt het goed?
- In welke gevallen is digitale zorg toepasbaar voor de sociale aspecten en voor zorgverleningsaspecten?

2. Wat zien aanbieders, professionals en cliënten als aandachtspunten en randvoorwaarden voor het langdurig inzetten van digitale zorg in de toekomst?

- Wat zijn de negatieve ervaringen geweest?
- Wat zijn valkuilen van beeldschermzorg?
- Wat heeft men hiervan geleerd?
- Voor welke doelgroepen werkt het niet goed?
- In welke gevallen is beeldschermzorg niet toepasbaar voor de sociale aspecten en medische aspecten van zorg?
- Wat is er nodig voor het opzetten of de continuering van beeldschermzorg?

Onderzoeksopzet en -verantwoording



Doelgroep: In dit onderzoek is sprake van twee doelgroepen. 1) Zorgaanbieders, specifiek thuiszorginstellingen en huisartsenpraktijken en 2) cliënten die ervaring hebben met digitale toepassingen in de zorg.*



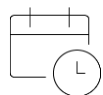
Deelname: VWS en enkele zorgverzekeraars hebben een deel van de huisartsenpraktijken en aanbieders van thuiszorg/wijkverpleging die de SET Covid-19 subsidie hebben ontvangen, benaderd voor deelname aan dit onderzoek. In totaal zijn er 8 huisartsenpraktijken en 22 aanbieders van thuiszorg/wijkverpleging geïnterviewd. Daarnaast zijn 22 interviews met cliënten (geworven via het panel van de Patiëntenfederatie) uitgevoerd.



Methode: Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Er zijn diepte-interviews gehouden met zorgaanbieders en cliënten. Deze zijn gehouden en uitgewerkt door diverse medewerkers binnen het ministerie van VWS, Rijkstrainees en medewerkers van zorgverzekeraars. De codering en analyse van de interviews zijn uitgevoerd door onderzoekers van Kantar.

Belangrijke kanttekeningen:

- Bij het coderen en analyseren van de interviews is Kantar afhankelijk geweest van de interpretaties en uitwerkingen van de diverse groep interviewers.
- De interviews waren met name gericht op beeldschermzorg. Bij sommige gesprekken liepen echter beeldschermzorg en digitale zorg/e-health door elkaar heen. Daarnaast is dit onderzoek gericht op huisartsen- en thuiszorg, maar wordt er bij enkele organisaties echter naast thuiszorg ook intramurale zorg aangeboden. Hierdoor zijn er enkele resultaten die betrekking kunnen hebben op beide zorgvormen. Aangezien dit niet altijd helder is in de interviews, kunnen we niet garanderen dat de inzichten enkel betrekking hebben op beeldschermzorg en de thuis- en huisartsenzorg en moet er rekening mee gehouden worden dat enkele inzichten/quotes ook op digitale zorg in het algemeen van toepassing kunnen zijn evenals op intramurale zorg.



Duur: De interviews met zorgaanbieders duurden gemiddeld 60 minuten. De interviews met cliënten duurden gemiddeld 30 minuten. N.B. In [de bijlage](#) staat verdere informatie over de steekproef evenals de vraagpuntenlijsten.

Leeswijzer

In deze analyse wordt onderscheid gemaakt tussen twee doelgroepen; de aanbieders van digitale zorg en cliënten die digitale zorg hebben ontvangen. Onder de aanbieders wordt het onderscheid gemaakt tussen de huisartsenzorg en de thuiszorg/wijkverpleging. In dit rapport kunt u aan de hand van de volgende iconen de groepen herkennen:



In dit rapport benoemen we per onderwerp overkoepelende trends en inzichten. Deze onderbouwen we aan de hand van quotes. Waar mogelijk en relevant wordt bovendien aangegeven hoeveel respondenten iets hebben gezegd, om een indicatie te geven van de mate waarin bepaalde ervaringen voorkomen. Aantallen worden alleen gegeven als er een duidelijke groep respondenten is die iets over eenzelfde thema zegt. *Let op: het aantal geïnterviewden is te klein om te kunnen spreken van een statistisch betrouwbaar beeld van de werkelijkheid. Bovendien is de samenstelling van de groep geïnterviewden niet representatief voor de gehele populatie van zorgaanbieders en cliënten. Daarom zijn de inzichten niet generaliseerbaar, ze geven slechts een indicatie van wat er speelt.*

Overige kanttekeningen:

- Quotes in het rapport zijn schuingedrukt en tussen aanhalingstekens gezet. Let op: dit zijn niet altijd letterlijke quotes van respondenten (er is namelijk niet gewerkt met *transcripts*), maar vaak interpretaties van de interviewers.
- Enkele geïnterviewde zorgaanbieders spreken over zowel intramurale als extramurale zorg. Hoewel de focus op extramurale zorg ligt, kunnen we niet garanderen dat alle uitspraken uitsluitend hierover gaan.
- Enkele geïnterviewde cliënten hebben geen eigen ervaring met beeldschermzorg, maar wel met digitale toepassingen in het algemeen. Aangezien zij wel hun ideeën over digitale zorg hebben geuit, worden zij ook meegenomen in de analyse en rapportage.
- Hoewel het onderzoek gericht was op de zorg aan thuiswonende ouderen, doen niet alle geïnterviewde zorgaanbieders uitspraken over deze groep. Dit is met name het geval in huisartsenpraktijken die een diverse patiëntenpopulatie hebben. Ook enkele cliënten vallen niet onder de oudere/kwetsbare doelgroep.
- De rapportage gaat soms in op ervaringen van professionals. Doordat zorgprofessionals niet zelf zijn geïnterviewd, zijn de inzichten over deze groep gebaseerd op hetgeen de zorgaanbieders hierover konden zeggen.

2 Beeldschermzorg ten tijde van het coronavirus





Beeldschermzorg tijdens coronacrisis sterk toegenomen, vooral voor sociale zorgbehoeften

Een aanzienlijk deel van de ondervraagde zorgaanbieders maakte voor de coronacrisis geen gebruik van beeldschermzorg. Nu, ten tijde van de coronacrisis, maken vrijwel al deze zorgaanbieders er wél gebruik van (29 van de 30 zorgaanbieders). Dit hoge aandeel hangt uiteraard samen met het feit dat alleen zorgaanbieders die de regeling SET Covid-19 hebben aangevraagd in het onderzoek zijn betrokken. Echter, ook in het onderzoek van Nivel (2020) is een sterke toename van het gebruik van digitale zorg gevonden: zij geven aan dat 64% van de huisartsen tijdens de coronacrisis voor het eerst digitale zorgtoepassingen is gaan gebruiken en dat huisartsen die reeds gebruik maakten van de toepassingen deze intensiever zijn gaan gebruiken. De mate van gebruik en het type digitale toepassingen dat ingezet wordt verschilt sterk tussen de geïnterviewde zorgaanbieders. Volgens Nivel (2020) is het gebruik van beeldbellen van alle digitale toepassingen het meest gestegen. In dit onderzoek zien we dat digitale zorg vooral wordt ingezet voor sociale vragen en tegen vereenzaming bij ouderen, maar ook voor spreekuren (vooral huisartsenzorg), medicatiebeheer, vergaderingen (binnen de organisatie), dagbesteding en ondersteuning.



Huisartsenzorg (n=8)

Beeldbellen is echt geïntroduceerd door de coronacrisis. Ze werden hierdoor een soort van gedwongen om als praktijk hiermee aan de slag te gaan. **Het wordt bij alle typen patiënten en door alle professionals gebruikt.** Maar met name gebruikt door de praktijkondersteuner GGZ. Daarnaast ook gebruik door huisarts en praktijkondersteuner huisarts.

Nu bestaat de zorg voor bijna 90% uit online zorg. De coronacrisis heeft gezorgd voor veel meer videobellen dan vroeger. Online contacten deden ze al veel (chatten, mailen e.d.), maar videobellen deden ze voor corona nog niet echt, vooral omdat het publiek dat niet deed, er was weinig vraag naar.

De meeste cliënten hebben geen medische, maar **sociale vragen via het beeldbellen.**



Thuiszorg/Wijkverpleging (n=22)

Voorheen hadden we wel eens telefonisch contact met cliënten. [Tijdens corona] zijn tablets gekocht om digitaal contact te verwezenlijken met bezoekers van de dagbesteding. **Voornamelijk om eenzaamheid tegen te gaan in deze groep.**

Medicatiebeheer gaat nu digitaal. Daarnaast is het mogelijk gemaakt om **digitaal aftekenen** van toedienlijst bij de apotheek

Er vindt nu beeldschermzorg plaats als gevolg van **eenzaamheid en sluiting dagbesteding/begeleiding.** Zo nu en dan ook indicatiestelling, maar dat wordt vrij weinig gedaan.





Inzet van beeldschermzorg soms ingrijpende verandering voor zorgaanbieders, voor anderen viel het mee

Reacties ten aanzien van het omschakelen naar beeldschermzorg wisselen tussen aanbieders. Voor een aantal van de aanbieders die al gebruik maakten van beeldschermzorg of een andere vorm van digitale zorg was de inzet van beeldschermzorg tijdens de coronacrisis een minimale verandering. Aanbieders die voorheen nog geen gebruik maakten van beeldschermzorg zijn over het algemeen positief verrast; de implementatie van de beeldschermzorg bleek mee te vallen. Daartegenover staan de zorgaanbieders die aangeven dat de implementatie veel tijd kostte; zowel in aanschaf van apparatuur als in de scholing van het personeel en het opzetten van nieuwe werkprocessen. Uit onderzoek van Nictiz & Nivel (2017) kwam bijvoorbeeld naar voren dat verpleegkundigen in de ziekenhuis- en ouderenzorg veelal medische gegevens op papier overdragen. Dit kan er mede voor zorgen dat de omschakeling groot is. Een interview binnen de wijkverpleging bevestigt dit beeld (hierbij werd deze omschakeling wel positief ervaren): “*Er is nu veel minder administratie dan voorheen. Voorheen werkten we veel met papieren administratie, en nu minder.*”



9 van de 30 aanbieders geven aan dat er weinig verandering nodig was



”
Er werd al veel digitaal gewerkt. Uren bijhouden, rapporteren, dit gebeurde allemaal al digitaal. Alleen verwijzingen/brieven naar artsen ging nog op papier. **Medewerkers waren dus al erg getraind in digitaal werken.**



Voordeel was dat er **ervaring in huis** was met het beeldbelteam. iPads en overeenkomsten lagen klaar, **er moest alleen opgeschaald worden.**



Er is **niet echt sprake van veel verandering**. Niet per se scholing. De jongere helpen de oudere medewerker



9 van de 30 aanbieders geven aan dat enige veranderingen nodig waren



”
Medewerkers hebben allemaal iPad en iPhone met beveiligde verbinding en een specifieke applicatie gekregen. Voor cliënten is het gebruik van deze communicatie-applicatie gratis. **Cliënten gebruiken hun eigen device, al dan niet met hulp van mantelzorgers.**



Personeel moest erop **getraind worden**. Deze training loopt ook nog. Personeel legt zelf aan cliënten (en mantelzorgers) uit hoe het werkt, niet een derde. Dit wil de organisatie niet.



7 van de 30 aanbieders geven aan dat het veel tijd en energie kostte*



”
Beeldbellen heeft vooral heel veel tijd gekost om in te voeren...De hele consultvoering moest anders en dit kost veel tijd. Ook patiëntenportaal ging hierin mee. Die moest ook gelijk worden aangepast. **Dit kostte veel tijd en energie.** Er kwam veel tegelijk op de praktijken af.



Veel geregeld. **Vraagstukken** (m.b.t. beeldschermzorg bij de thuiszorg): Met welke tablets ga je werken? Hebben cliënten wifi in huis? Wat moet er op ICT-gebied ingericht worden? Bij wie moeten beeldbelverzoeken binnenkomen en wie gaat het beheer uitvoeren om tablets aan cliënten toe te wijzen, en na afloop aan andere cliënt toe te wijzen?

Beeldvorming rond digitale zorg vaak positief, maar er moet wel kritisch gekeken worden wanneer en bij wie het ingezet wordt



De beeldvorming rondom digitale zorg (e-health) varieert. Een groot deel van de aanbieders en cliënten zegt er de afgelopen tijd positiever over te zijn geworden (n=17*). Maar geïnterviewden blijven kritisch over deze vorm van zorg (n=23)*; bijvoorbeeld omdat het niet voor iedereen inzetbaar is en er nog veel informatie over nodig is. Wanneer het beeld bij aanbieders minder positief is, lijkt dit vooral voort te komen uit niet-werkende technologie, hoge kosten, benodigde scholing van medewerkers en cliënten. Meerdere aanbieders concluderen ook dat digitale zorg een goede aanvulling is, maar zeker geen vervanging; dit wordt als belangrijk punt gezien. Onder de cliënten is de meerderheid positief. Men ziet hoe handig en gemakkelijk het kan zijn, wat de beeldvorming rond e-health positief beïnvloedt. Logischerwijs hebben cliënten met wat negatievere ervaringen een minder positief beeld van e-health.

POSITIEF



Positief, er geen sprake meer van terughoudendheid en men is niet meer bang voor het nieuwe (was eerst aan de orde bij personeel en klanten). ”

Nu ik zelf ervaring met beeldschermzorg heb gehad, is mijn beeld positiever dan wat ik zelf dacht. Het is zoveel eenvoudiger dan dat ik in mijn hoofd had.

Beeld is positiever geworden. Gebrek aan communicatie en informatie waren belangrijke factoren die een positieve beeldvorming in de weg stonden.



“

Volgens mij heeft beeldschermzorg ook zeker na corona een grote meerwaarde. Voor ouderen en mindervaliden is het een hele toestand om langs te gaan voor die paar minuten consult.

KRITISCH



“ In het begin was de beeldvorming negatief bij cliënten, die wilden niet dat wij in huis kwamen kijken. Na uitleg belden ze terug om het toch te proberen.

*Er zitten ook negatieve kanten aan: Misbruik door gebruikers, privacy. Het is alleen niet een oplossing voor alles. De zorgverzekeraar ziet eHealth wel als oplossing voor alles, maar dit is niet zo
Idee leeft dat e-health in de zorg werkgelegenheid kost*



Ik vraag me soms af wat het voor meerwaarde heeft om het via beeldbellen te doen ten opzichte van via de telefoon.”

Heleboel mensen van mijn leeftijd (75 jaar) hebben al helemaal geen zin in smartphones en computers. ”

Gebruik digitale zorg is volgens de meeste professionals een eigen vrije keuze, cliënten ervaren dat minder



De grote meerderheid van zorgaanbieders geeft aan dat zowel professionals als cliënten een vrije keuze hebben in het wel of niet gebruiken van beeldschermzorg. Professionals kunnen zelf bepalen of zij binnen een praktijk of team gebruik willen maken van de digitale zorg, een enkeling laat de keuze bijvoorbeeld ook afhangen van de vraag van de cliënt naar deze vorm van zorg. Echter is in enkele interviews te lezen dat professionals zich te houden hebben aan de wensen van de praktijkhouders/managers en dus niet geheel vrij zijn in de keuze.

Verder is het opvallend dat het aantal cliënten dat aangeeft dat beeldschermzorg een vrije keuze was verhoudingsgewijs lager is dan dat van de zorgaanbieders. Cliënten geven o.a. aan dat ze voor hun gevoel niet echt een keuze hadden, aangezien er tijdens corona simpelweg geen andere vorm van zorg aangeboden werd. Dit werd door de ene cliënt als problematisch gezien, maar voor de ander was dit niet direct een probleem.



- ✓ 23 van de 30 aanbieders zeggen dat **professionals** een vrije keuze hebben
- 22 van de 30 aanbieders zeggen dat **cliënten** een vrije keuze hebben
- ✗ 4 van de 30 aanbieders zeggen dat **professionals** geen vrije keuze hebben*
- 2 van de 30 aanbieders zeggen dat **cliënten** geen vrije keuze hebben*

- ✓ *Medewerkers kunnen er zelf gebruik van maken. Er zit geen druk achter*
- ✓ *Het is op vrijwillige basis. Een team wijkzorg had aangegeven dat bij de cliënten geen behoefte is aan beeldschermzorg, andere wijkzorgteams wel.*
- ✗ *De praktijkhouder beslist en iedereen moet volgen, hierin mee. Dus geen eigen keuze.*



- ✓ 6 van de 18 **cliënten** geven aan dat ze vrije keuze hadden.**
- ≈ 6 van de 18 **cliënten** geven aan dat de beeldschermzorg deels hun eigen keuze was (bijv op aanraden van de zorgprofessional)**
- ✗ 6 van de 18 **cliënten** geven aan dat ze vrije keuze hadden.**

- ✓ *Gevraagd of ik geïnteresseerd was. Kon goed aangeven of het wel/niet uitkwam.*
- ≈ *Afhankelijk van de mogelijkheden bij de zorgverlener, vervolgens kon ik wel zelf aangeven of ik interesse had of niet.*
- ✗ *Er was keus tussen: geen contact, telefonisch contact of per beeldscherm. [oftewel: het gewenste fysieke contact was geen optie]*
- ✗ *Niet, aangezien niet alle professionals bekwaam waren met de technologie, terwijl ik wel vraag had naar beeldschermzorg.*

3 Positieve ervaringen en ideeën voor duurzame inzet



Over het algemeen zien zorgaanbieders meerwaarde van beeldschermzorg

Beeldschermzorg wordt door diverse aanbieders als goede aanvulling en toegevoegde waarde gezien. Het wordt zelden gezien als vervanging van alle zorg (slechts één huisartsenpraktijk dat een volledige e-huisarts in dienst heeft). Hier zien we aansluiting bij het rapport van Nictiz & Nivel (2017) dat artsen het zien als 'goede aanvulling op, maar zelden vervanging van reguliere vormen van contact'. Dit is mogelijk een relevant haakje voor introductie van beeldschermzorg.

Beeldschermzorg kan de zorg ontlasten doordat er minder reistijd is en doordat het helpt bij het opvangen van de krapte in capaciteit bij diverse zorgorganisaties. Het draagt, ten tijde van de coronacrisis, bij aan continuïteit van de zorg. Daarnaast lijken aanbieders die met beeldschermzorg hebben gewerkt beter zicht te krijgen op wanneer, bij wie en onder welke omstandigheden beeldschermzorg geschikt en efficiënt is.



Huisartsenzorg (n=8)

*"En dat je op een **heel eenvoudige manier heel goede zorg** kan leveren. De patiënten met wie we beeldbellen worden er heel blij van. ... Je denkt dat ouderen niet kunnen beeldbellen, dat valt heel erg mee."*

*"Geleerd voor welke gevallen beeldschermzorg geschikt is, en voor welke gevallen minder geschikt. Vaak inefficiënt, maar soms ook handig. **Wanneer welk middel en welke gevallen ingezet kunnen worden is nu duidelijker.**"*

*"Dat het een **hele goede toevoeging** is. En dat ze er zeker mee door gaan."*

*"Dat het op **sommige momenten efficiënt** is en op andere momenten weer niet. Het is zeker een **toevoeging**, maar bij sommige patiënten blijft fysieke contact nodig."*

*"Veel. Welke waarden wil je hebben, waar let je op. Beeldschermzorg heeft **enorme toegevoegde waarde vergeleken met bellen**, je ziet de kleur op het gezicht van de patiënt, hoe de patiënt er bij zit, et cetera."*



Thuiszorg/Wijkverpleging (n=22)

*"We hopen ons hiermee ook voor te bereiden op de zomervakanties, want dan staat de zorg ook onder druk qua capaciteit. Dan hebben we beeldzorg, dan **hoef je minder fysiek naar de klant.... We kunnen aantonen dat het ontlast.**"*

*"Dat **heel veel kan met beeldschermzorg**. Dat je zo goed contact kan blijven houden, veraf maar toch dichtbij; het heeft **meerwaarde om elkaar te zien** in de zorg. Je kan aan de gezichten zien of het goed gaat met iemand."*

*"Werken in beperkte mate met beeldschermzorg. Er is wel onderzoek naar gedaan, waarbij naar voren kwam dat beeldschermzorg **voor contact en welzijn meerwaarde had.**"*



Professionals lijken bovendien positief; bij diverse professionals is er echter een transitie geweest van koudwatervrees naar enthousiasme

Zowel in de huisartsenzorg als de thuiszorg zien we dat ervaringen van zorgverleners (overwegend) positief is (n=21). Bij veel is daar echter wel een verandering aan vooraf gegaan ('van koudwatervrees naar enthousiasme') en fysiek contact wordt door menig zorgverlener gemist. Wel is er continuïteit van werk mogelijk en sommigen ervaren minder werkdruk. Bovendien is er meer interactie met de cliënten mogelijk. Beeldschermzorg lijkt meer te normaliseren. Voor sommige organisaties was het in de praktijk brengen van beeldschermzorg 'gewoon doen'. Dit sluit aan bij bevindingen van Nictiz & Nivel (2017), waarin werd gevonden dat het daadwerkelijk 'doen' van digitale zorg bijdraagt aan positievere ervaringen onder zorgverleners (en gebruikers). Zij geven aan dat het opdoen van ervaring en leren van *good practices* de werkelijke meerwaarde van beeldschermzorg kan doen vergroten. Wat aanvullend uit deze interviews naar voren kwam is het belang van het delen van deze *good practices* onder zorgverleners.



Huisartsenzorg (n=8)*

*“Een aantal waren een **beetje bang**, maar het wordt door iedereen **nu als positief ervaren**. Het was **gewoon: doen**. Door Corona moesten ze wel.”*

*“Er zijn **goede en slechte kanten**. Het is goed dat je toch **mensen kan zien** en niet alleen hoeft te bellen. **Meer interactie**. Maar het menselijke contact wordt toch wel gemist. **In sommige instanties** zoals kwartaal van je diabetisch door bespreken **is het wel handig**. Er is geen een toename van werkdruk.”*

*“Vraagt om een **mindset change**. Maakt het werk niet minder leuk. De dokters gaan met plezier met de digitale middelen om. We zien dat bij de dokters die in de praktijken in Brabant en Drenthe zijn begonnen. **Het werkplezier is groter geworden**. Je wordt minder geleefd. **Directer in contact, je lost dingen makkelijker op.**”*



Thuiszorg/Wijkverpleging (n=22)*

“Van koudwatervrees naar positief en enthousiasme!”

*“Een behandelaar gaf aan dat **dankzij beeldschermzorg** het toch **mogelijk was voor hem om zijn werk uit te voeren**.”*

*“Ze vinden het **fijn**, de **werkdruk is minder**.”*

*“Wordt **normaler**; koudwatervrees gaat er af. Zowel bij professional als bij de cliënt / mantelzorger.”*

Ook onder cliënten heerst een vrij positief beeld over beeldschermzorg



Veel cliënten lijken positief gestemd over de inzet van beeldschermzorg (n=16). Vooral voor cliënten die niet goed mobiel zijn, kan beeldschermzorg (en e-health in het algemeen) een uitkomst zijn. Wel zijn sommigen ietwat sceptisch en benadrukken dat het sommige cliënten, vooral de niet-digivaardigen, veel moeite kan kosten. Digivaardige cliënten lijken sneller het positieve van beeldschermzorg in te zien. Het dient wel ter aanvulling ('de kleine kwaaltjes') en af en toe fysiek contact is wel wenselijk.

*"In coronatijd met verpleegkundige 'gebeeldbeld'. **Erg positief** over beeldbellen. Bij zorgprofessional **goede plek om zorg kwijt te kunnen in gesprekken**. Zorgprofessional neemt mij serieus in gesprekken geeft mij het **gevoel 'baas over je eigen lichaam te zijn'**. Ook door terugkoppeling via app, huisarts doet dit ook. Ik ben zelf een autodidact, maar voor ouderen die dat niet zijn, kan beeldbellen lastig zijn."*



*"Bert is ervan overtuigd dat **voor kleinere kwaaltjes digitale zorg zeer nuttig kan zijn** voor beide de cliënten als de zorgprofessionals. Voor **grotere problemen zal fysiek contact wel vaker de voorkeur hebben**. "*

*"Ten tijde van corona wel eenmaal een telefonisch consult gehad, omdat een fysiek consult niet mogelijk was. Meneer geeft aan wel ideeën te hebben bij beeldschermzorg, **als voordelen ziet hij de snelheid** waarop je een consult kunt hebben, **minder wachtlijsten, milieutechnisch** (minder verplaatsing), het is makkelijker en dat je je **meer op gemak voelt wanneer je thuis bent**."*

*"Meneer vindt de inzet van beeldschermzorg een zeer positieve ontwikkeling, waar hij zich ook absoluut voor in wil zetten. Hij geeft aan dat **beeldschermzorg niet al het contact kan vervangen** (omdat menselijk contact soms nodig blijft), maar dat het in veel situaties van meerwaarde kan zijn. Volgens meneer is beeldschermzorg ook zeker voor na corona een grote meerwaarde. **Voor ouderen en mindervaliden is het een hele toestand om langs te gaan voor die paar minuten consult. De meerwaarde is dus niet beperkt tot tijdens de coronacrisis.**"*

*"Moet niet door de strot geduwd worden, maar **echt toegevoegde optie. Vrijheid hebben om ervoor te kiezen** en dus ook **niet stimuleren**. De invoer beeldschermzorg moet een '**natuurlijk verloop**' hebben, gefaseerd. Informatievoorziening dat het beschikbaar is mag wel, **ruchtbaarheid mag. Je zult zien dat dan mensen er gebruik van gaan maken.**"*



*"Meneer vindt het belangrijk dat er **meer reclame** gemaakt wordt voor beeldschermzorg. Die zou moeten **komen vanuit de overheid, met een centrale boodschap**. Niet vanuit zorgaanbieders, want ieder ziekenhuis/instelling doet het weer anders."*



Zorgaanbieders zien positieve invloeden van de inzet van beeldschermzorg op de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg

De helft van de geïnterviewde zorgaanbieders ziet positieve effecten van de inzet van beeldschermzorg op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg (n=15). Kwaliteit blijft vaak behouden of het verbetert en de doelmatigheid lijkt vaak toe te nemen. Wat betreft het behouden van kwaliteit stelt een enkeling de voorwaarde dat de professional de patiënt al moet kennen.

Bij thuiszorgorganisaties lijkt de *toenemende kwaliteit* vooral te zitten in het behouden van het sociale contact voor cliënten (wat kwaliteit van leven vergroot), het volgen van medicatie-inname en het beter zicht hebben op de thuissituatie. Huisartsenpraktijken noemen geen redenen voor het behouden dan wel toenemen van kwaliteit. Ten aanzien van *toenemende doelmatigheid* wordt door aanbieders onder andere minder 'no show' genoemd, consulten zijn wat korter en meer 'to the point' (efficiënter), er kunnen zaken eerder gesignaleerd worden en, vooral binnen de thuiszorg, de vermindering van reistijd. Voor een deel van de zorgaanbieders is het nog moeilijk te zeggen wat het effect op de kwaliteit en doelmatigheid is, omdat beeldschermzorg bijvoorbeeld nog 'mondjesmaat' wordt toegepast. Het beeld dat e-health de kwaliteit ten goede kan komen, maar nog relatief weinig wordt toegepast komt ook in het onderzoek van Nictiz & Nivel (2017) naar voren. Hierin wordt benadrukt dat verpleegkundigen de noodzaak/wenselijkheid inzien van het gebruik van e-health in dubbele medicatiecontroles, maar dat dit relatief weinig wordt toegepast. Ook hier liggen dus kansen.



Huisartsenzorg (n=8*)

"Het beeldbellen gaat goed. Het is gebleken dat er ook kwaliteit op afstand geleverd kan worden. Voorwaarde voor gebruik beeldbellen is wel dat je patiënt al kent."

"De mensen vinden het gewoon fijn, het zien van mensen voegt iets toe aan de zorg die je kan verlenen. Het plaatje wordt beter dan wanneer je alleen mensen mailt of belt. En de vrijwilligers die met patiënten bellen, daar voegt beeldschermzorg toe dat ze eerder iets kunnen signaleren. In dit deel van Nederland [Zuid Brabant] zijn mensen wat terughoudender om contact te zoeken met de huisarts. De oudere generatie wil niet belasten, en nu is het contact wat makkelijker want ze hebben sowieso een paar keer per week contact."

Noot Kantar: ze hebben een haal- en brengservice voor mensen die eigenlijk vervoersprobleem hebben. Dit wordt gedaan door vrijwilligers. Nu worden vrijwilligers met zorgachtergrond ingezet om te beeldbellen.



Thuiszorg/Wijkverpleging (n=22)

"Beeldschermzorg heeft een positieve invloed op de kwaliteit van zorg. Medewerkers kunnen medicatie-inname vaker volgen. Zij zien dat als een kwaliteitswinst. Medewerkers ervaren dat ze sneller contact kunnen hebben. Contact met cliënt wordt intensiever."

"Het zal altijd een vervanging zijn van fysiek contact. De doelmatigheid is groter omdat er minder gereisd moet worden. Ook is de doelmatigheid groter in vergelijking met het 'telefoontje', het zien van de cliënten helpt hierbij. De doelmatigheid ontbreekt natuurlijk wanneer fysieke aanwezigheid aanwezig is (klusjes, verschoneren, verzorging,...)."

"Kwaliteit van leven van cliënt is het belangrijkste. Voor sociale contacten is beeldbellen zeker een aanwinst er verhoogt het de kwaliteit van leven van de cliënt. Het kan goed ingezet worden tegen eenzaamheid."

Er zijn diverse ideeën onder zorgaanbieders om de inzet van digitale zorg (en specifiek beeldschermzorg) verder te optimaliseren



Zo worden er bij een organisatie ambassadeurs aangesteld en ziet men de noodzaak van eenvoud en uniformiteit door bijvoorbeeld een regionaal of landelijk systeem.



Ideeën inzetbaarheid en innovaties in digitale zorg



*“Voorbeeld van wat wel goed werkt: KOMP. Met 1 druk op de knop kunnen ouderen dan beeldbellen met kinderen/kleinkinderen en die kunnen ook foto's sturen. Er zit ook echt maar 1 knop op het apparaat. **Zo makkelijk moet beeldbellen ook worden.**”*

*“Erg belangrijk dat er een **landelijk systeem/dossier** komt. Het is wel opgevallen de laatste tijd dat **alle huisartsen andere systemen** hebben, ook voor beeldbellen. Dit maakt het erg ingewikkeld.”*

*“Soms hebben we de neiging om allemaal **het wiel opnieuw uit te vinden**. Daardoor wordt het softwarelandschap een beetje zoals het spoorwegennetwerk in Europa. Het **sluit niet bij elkaar aan** op de grenzen, en **na afloop iets nieuws implementeren is duur en moeilijk**, zeker als mensen eraan gewend zijn. Het zou mooi zijn als dit anders kan.”*



*“Het is belangrijk dat **videozorg niet als de norm wordt gezien**; blijf scherp bepalen wanneer welk soort contact het beste is (bellen, chat, fysiek, beeldzorg).”*

*“De lessen die we hebben geleerd: Per regio hebben we **minimaal 3 wijkverpleegkundigen als ambassadeur aangewezen**, die heel enthousiast zijn over het product, die het goed kunnen wegzetten. **Die gaan de teams in**, want je merkt dat ze eigen mensen sneller geloven dan de mensen die ver weg op kantoor zitten. De wijkverpleegkundigen helpen om de drempels in het team weg te halen.*

*“Eigenlijk zou je soort van **regionale zorgtablets** willen krijgen. Zodat **iedereen binnen een regio dezelfde systemen gebruikt**. En niet dat huisarts X weer een ander tablet/systeem heeft als huisarts Y. Besluit samen om **1 applicatie voor zorgbelsysteem** te hebben. Dan weet de cliënt: als ik voor zorg moet bellen, dan is dat altijd hetzelfde systeem/app. Met meerdere partijen (regionaal) dezelfde tablet aanbieden aan de cliënt, waarop meerdere zorgapps kunnen draaien.”*



Daarnaast is juist nu inzetten op beeldschermzorg van belang om zowel op de korte als de lange termijn gebruik te (blijven) maken van digitale zorg

Een aantal zorgaanbieders geeft aan van het momentum -de inzet van beeldschermzorg door de coronacrisis- gebruik te maken om de beeldschermzorg ook hierna te blijven inzetten. Zorgaanbieders hebben een aantal ideeën gegeven, waarvan zij denken dat dit bevorderlijk is voor de digitale zorg*. Grofweg zijn deze ideeën in te delen in vier thema's: 1) Veranderingen en aanpassingen voortzetten; 2) Leren en informatie delen 3) Andere mindset en manier van werken; 4) Investeer in medewerkers

1. Veranderingen en aanpassingen voortzetten



"We zitten in een fase die ze noemen: terug naar nieuw. Ze hebben **als stafteam een aantal onderwerpen benoemd die niet automatisch terug naar oud mogen.**"



"**Terugval niet verwacht.** Zolang techniek goed en simpel is."



"De Inzet van materialen voor de monitoring van corona patiënten en chronische patiënten, dat we daar de bakken [tablets] voor kunnen blijven gebruiken, **en de kennis van de bakken goed houden bij de medewerkers**

2. Ervaringen delen en verder leren



"Zet een aantal **ervaringsdeskundigen in** en laat ze het verhaal vertellen."



"We zijn enthousiast geworden en we moeten samen op zoek naar de juiste toepassingen en oplossingen en o.b.v. casefinding/storytelling door ontwikkelen: **wijkverpleegkundigen kunnen en willen van elkaar leren!**"



"Intervisie/collegiaal overleg intern, maar zou ook goed zijn dat **organisaties dit in een gezamenlijke collegiale consultatie doen**, ervaringen in bijvoorbeeld centrale / regionale intervisiebijeenkomsten uitwisselen."

3. Andere mindset en manier van werken



"Eenmaal dat alles begon te versoepelen **gaat alles een beetje terug naar het oude.** Er wordt dus minder gebruik gemaakt van beeldschermzorg. Toch wil de organisatie gebruik blijven maken van beeldschermzorg en er een **'nieuw normaal' van maken.** Aan de **verandering van de mindset** van mensen moet dus gewerkt worden."



"**Videobellen vraagt andere communicatieskills.** Bijv. pauzes moet je wat langer laten, omdat je niet tegelijkertijd kan praten."

4. Specialistische Teams/Reorganisatie



"In plaats van alle zorgverleners laten beeldbellen, kun je een beter een paar aanwijzen die zich **daarin 'specialiseren'.** Zogenaamde **'beeldbelteams'**. Decentraal werkt dat toch minder goed voor wijkverpleging, omdat ze dat bijv. tussen hun routes door moeten doen."



"**Applicatiebeheerders invoeren**, mensen in de organisatie vragen die hier in geloven, die het leuk vinden"



"Een "goede crisis" is blijkbaar ook nodig om verandering in gang te zetten. **Niet alleen ICT-ers betrekken, maar ook mensen eromheen**"



"Financiële compensatie door zorgverzekeraars om bijv. te investeren **in opleiden personeel, inzet op bepaalde doelgroepen zoals ouderen.**"

Casus: focus op gemak, centralisatie en de rol van de zorgverlener



Hieronder wordt een casus toegelicht. Deze gaat over een organisatie waarbij zowel (het management van) de organisatie zelf als de zorgverleners positieve ervaringen hebben met digitale zorg en waar digitale zorg op grote schaal wordt toegepast.



Casus: Thuiszorg/wijkverpleging

- Grote organisatie
- Werkzaam in het noordwesten van Nederland

Context:

Voor de coronacrisis werd al op grote schaal met beeldbellen gewerkt in deze organisatie. Tijdens de coronacrisis is deze organisatie echter met iets nieuws gestart: beeldbelteams. Daarnaast heeft deze organisatie diverse praktische voorbeelden van wat er goed gaat in haar situatie. Deze voorbeelden en ideeën kunnen dienen ter inspiratie voor andere organisaties.

Beeldbelteams

"Wel zijn ze gestart met 'beeldbelteams', waarin een aantal medewerkers zich 'gespecialiseerd' hebben in beeldbellen. Hierin zitten mensen die goed zijn in het voeren van gesprekken, ook via videocontact. Omdat ze dit vaker doen worden ze ook **handiger om mensen te begeleiden** in de digitale vaardigheden."

"In plaats van alle zorgverleners laten beeldbellen, kun je een beter een paar aanwijzen die zich daar in 'specialiseren'. Zogenaamde 'beeldbelteams'. **Decentraal werkt dat toch minder goed voor wijkverpleging**, omdat ze dat bijvoorbeeld tussen hun routes door moeten doen."

"Centraliseren is belangrijk."

Kant-en-klare tablets

Gemak voor de cliënt om beeldbellen zo goed mogelijk in de praktijk te brengen:

"Tablets wil je **volledig ingericht achter de voordeur van de cliënt** krijgen. Dit heeft de organisatie helemaal uitgedacht, ze wilden ook **geen installateurs** over de vloer in verband met risico op besmetting. Dit is helemaal gelukt, om de iPad helemaal gereed te krijgen. De cliënt hoeft alleen nog een emailadres van de organisatie aan te maken. **De tablet is helemaal zorg compatible ingericht**, met beheeromgeving, die van afstand gevuld kan worden."

Ontzorg en betrek de zorgverlener

De rol van en gemak voor de zorgverlener lijkt bij deze casus centraal te staan.

"Medewerkers worden **continu gevraagd om mee te denken**: hoe kan het slimmer en beter. Digitalisering heeft continu **de aandacht**. Geen koudwatervrees voor de medewerkers."

"Storytelling, **delen van successen**. Innovatieverpleegkundigen houden zich de hele dag bezig met teams bezoeken m.b.t. **ondersteuning** op digitaal vlak. Ze werken ook met het posten van **filmpjes van goede voorbeelden**. Dat helpt enorm."

"Zorgverlener moet met **1 druk op de knop** een tablet achter de voordeur krijgen, als er wat mee is dan moeten wij zorgen dat 'ie het doet. **Ontzorg daarmee de zorgverlener**, zorgt voor grotere bereidheid om met deze tools aan de slag te gaan."

Beeldschermzorg niet one purpose; daarvoor ketensamenwerking nodig

"Tablet voor beeldschermzorg zou je **breder moeten inzetten**. **Beeldzorg is dan één van de aspecten**. Maar ook bijvoorbeeld: sociale uitjes, Wordfeud met anderen etc. en koffiedrink moment in de buurt kan je digitaal doen. **Veeg het bij elkaar**. Wat je zou moeten hebben: **Samenwerking** tussen huisartsen, ziekenhuis, verzorgingstehuis etc. Iedereen kan de digitale diensten op de tablet gebruiken. Dan heb je een hele andere business case. **Daar wil je naartoe groeien**."

4 Aandachtspunten



Weerstand tegen digitale zorg komt met name voort uit onbekendheid met technologie en gemis van menselijk contact



De techniek zorgt voor een aantal negatieve ervaringen en voor mogelijke valkuilen. Men maakt duidelijk dat de digitale zorg een andere set aan vaardigheden vereist en dat niet iedereen (digi)vaardig is (zowel de cliënt als professional). Training en begeleiding zijn nodig wat een tijdsintensief proces kan zijn. De technologie roept bij enkele werknemers weerstand op. De weerstand lijkt zowel te ontstaan uit het feit dat men niet bekend en niet vaardig is met de techniek, als uit het feit dat enkele medewerkers in de huisartsenzorg en thuiszorg/wijkverpleging beeldschermzorg als onpersoonlijk en kil ervaren. Die verwachting, dat beeldschermzorg tot minder persoonlijke aandacht zou leiden, werd ook al aangegeven door zorgpersoneel in 2017 (Nictiz & Nivel). Verder komt sterk naar voren dat digitale zorg niet voor iedereen beschikbaar is en de nieuwe vorm van zorg veel tijd kost in bijvoorbeeld administratie.

Huisartsenzorg (n=8)

Het technische aspect

“Huisartsen en assistenten zijn primair gericht op mensen en niet op ICT. Als het makkelijk kan met ICT vinden ze het goed, maar verder niet. Op dit moment werkt het allemaal niet eenvoudig. Er moet in heel veel verschillende systemen ingelogd worden. Voor elk ding is er een ander systeem. Allen tweefactor autorisatie. Dit zorgt voor heel veel administratieve lasten bij mensen die het niet kunnen.”

*“Als je echter er (digitale zorg) nog nooit of weinig mee in aanraking bent gekomen **vergt het meer begeleiding en nazorg**. Er moet **begrip** zijn dat sommige mensen er (technologie) echt moeite mee hebben. **Duidelijke instructies en uitleg** (‘bijv. druk met je vinger op het knopje’).”*

Gemis menselijk aspect

*“Er zijn goede en slechte kanten. Het is goed dat je toch mensen kan zien en niet alleen hoeft te bellen. Meer interactie. **Maar het menselijke contact wordt toch wel gemist.**”*

Niet voor alle cliënten

*“Dit wisselt per patiënt. Als er familie/naasten zijn die enthousiast zijn dan werkt het goed. **Maar als het een alleenstaande patiënt is van in de 80 met veel klachten, dan snap je dat diegene er niet positief tegenover staat.**”*

Thuiszorg/Wijkverpleging (n=22)

Het technische aspect

*“Het heeft te maken met tijd en daadwerkelijk doen en het is rennen en vliegen en als **dan zo een tool niet doet wat je wil dan lastig en motivatie van de zorgmedewerkers wordt minder.**”*

*“Als techniek niet werkt dan sta je twee stappen achter. **Techniek moet echt werken willen medewerkers overtuigd raken.**”*

Privacy

*“Er heerst ook **angst over privacy**; lastige wet- en regelgeving.”*

Gemis menselijk aspect

*“De een vond het geweldig, de ander had er wat weerstand tegen, omdat ze **de techniek niet snapten, of techniek ‘koud’ vonden.**”*

Toename in administratie/uren

*“Wat we vooral moeten blijven doen is het gedoe regelen, de administratie. Er zit **best veel administratie achter een Compaan**. Je moet uren schrijven, etc. Dat is ingewikkeld. Als we alle ballast weg kunnen halen dan zal een verpleegkundige eerder een Compaan plaatsen bij een cliënt. **Zorg is veel registreren.**”*

Cliënten ervaren technische onbekwaamheid van professionals



Ook waarschuwen cliënten dat digitale zorg niet voor iedereen is

In de negatieve ervaringen van cliënten wordt frustratie rond technische onbekwaamheid van het zorgpersoneel een aantal keer genoemd. Dit lijkt een logisch gevolg van de weerstand die sommige aanbieders ervaren onder hun personeel (zie vorige pagina). Verder benoemen cliënten dat ze zich zorgen maken om hun privacy en hier meer duidelijkheid over willen. Daarnaast zeggen cliënten dat er meer rekening moet worden gehouden met groepen voor wie het omgaan met digitale zorg lastiger is; waaronder ouderen en mensen die de Nederlandse taal minder goed beheersen.



Negatieve ervaringen en aandachtspunten (n=17)*

Niet voor iedereen

“Geïnterviewde geeft voorbeeld van buurtbewoner: “*Cliënt, over de 80, had contact met de huisarts omdat hij een vervelende aandoening had. I.v.m. corona mocht hij niet langskomen. **Cliënt werd gevraagd een foto te sturen, maar de cliënt had geen idee hoe. Raakte daarvan volledig van streek.**”*

“*Men vergeet in het enthousiasme over beeldschermzorg dat er **een bepaalde groep is voor wie dat lastig is / niet te doen.** Met deze groep moet zeker rekening gehouden worden. Dit geeft veel onrust: Er is ook een groep mensen die niet digitaal ingesteld is. Die al blij zijn als ze een mobiele telefoon hebben (niet eens een smartphone). **Veel generatiegenoten kunnen informatie niet online opzoeken.** Deze kloof wordt bij digitale zorg duidelijk.”*

“*Heel weinig participatie m.b.t. digitale zorg van kwetsbare ouderen die niet digitaal vaardig is. Lijfelijk zorg krijg je niet voor elkaar met beeldschermzorg. Voor intake bijvoorbeeld goede situatie om dit te doen. Bij **anderstalige** kan beeldschermzorg wel voor instructies, maar duurt wel langer voor dat materie blijft hangen.”*

Wegvallen sociaal contact

“*Als je wijkverpleging weghaalt wordt vereenzaming ouderen nog erger. **Wijkverpleging is stukje sociaal contact.**”*

Privacy

“*Natuurlijk heb je wel het nadeel dat **sommige mensen hysterisch worden over de privacy en veiligheid van dergelijke zorg.**”*

Onbekwaamheid van zorg personeel

“*Afspraken werden afgezegd; de competenties bij het UMC zijn slecht.”*

“*[Anekdote] Dat het **digitale zo onbekend is voor zorgaanbieders maakt dat zij veel extra stress ondervond om contact en hulp te krijgen.** Heel frustrerend dat de professionals wel wilden maar geen technische hulp konden inschakelen de verbinding te organiseren.*

*Zelfs binnen GGZ konden ze geen hulp organiseren. De technische middelen zijn er dus, **maar professionals zijn er onbekendheid ermee.** Heeft weken geduurd voordat zij als patiënt zelf uiteindelijk een oplossing heeft bedacht. Heel schrijnend, zij kan niet verwoorden wat dit voor haar heeft betekend.”*

Gemis menselijk aspect

Cliënt van GGZ (psychische zorg): “*Ik geeft de voorkeur aan life contact. Ik heb gemerkt dat ik opzag tegen de digitale gesprekken, beeldgesprekken zijn ook erg intensief. **Voor de hulpverlener bleek het lastig om op afstand erkenning te tonen.**”*



Casus: huiverigheid onder terughoudende huisartsen

Op deze pagina beschrijven we een casus die huiverigheid ten aanzien van het inzetten van digitale zorg illustreert, evenals waaruit deze huiverigheid wordt geboren. De casus laat zien dat weerstand en het niet implementeren van digitale zorg zichzelf in stand kan houden door een traditionele houding van de arts en de patiënt die deze houding overneemt. De terughoudende huisarts maakt door onbekendheid met de technologie en angst voor privacy-schending geen gebruik van digitale zorg. Daarnaast is hij/zij van mening dat de patiënt geen behoefte heeft aan beeldschermzorg. De patiënt is overtuigd van de autoriteit en mening van de huisarts, wat ervoor kan zorgen dat deze ook geen behoefte heeft aan digitale zorg. Echter, niet alleen de conservatieve houding, maar ook gebrek aan financiële middelen en de afwezigheid van technische vaardigheden van zorgpersoneel lijken voor terughoudendheid tegenover beeldschermzorg te zorgen. Huiverigheid ten aanzien van technologie en privacy komt tevens bij andere zorgaanbieders terug (n=6).



Casus: Huisartsenpraktijk

- Meer dan 20 praktijkmedewerkers in dienst
- Praktijk gelegen in het zuiden van Nederland

Context:

Voor de coronacrisis werd er niet gewerkt met beeldbellen. Digitalisering is voor deze praktijk een nieuw fenomeen en ze geven aan hierin niet voorop te lopen. Daarnaast is opgemerkt dat de huisartsen vrij conservatief zijn. Nu wordt er mondjesmaat gewerkt met beeldschermzorg.

Houding en zorgen t.o.v. digitale zorg:

*“Huisartsen hebben de meest bepalende rol in het verhaal en dragen de grootste verantwoordelijkheid. Hier zijn de huisartsen vrij conservatief en zien vooral **problemen omtrent privacy** in het beeldbellen. Daarbij komt dat er nog veel onwetendheid heerst onder de huisartsen over de digitale middelen.”*

De huisarts draagt beeld/imago over op patiënt

“Meeste patiënten denken nog steeds: dokter weet 't het beste. Dat is ook de reden dat patiënten graag fysiek langs willen komen. Het is lastig om de traditionele manier om te zetten naar beeldbellen. Als we zouden willen overschakelen naar beeldschermzorg moet de mentaliteit worden veranderd.”

Terughoudendheid in angst voor privacy schending:

*“Huisartsen vinden privacy is heel belangrijk. Net als vertrouwen. Het is gewoon niet denkbaar dat er zoiets gebeurt als met Zoom; bv dat er een indringer in gesprek komt. **‘Een beveiligde omgeving is dus echt noodzakelijk’.**”*

Vergoeding :

*“Zorgverzekeraar moet ervoor open staan om **meer te vergoeden dan alleen de afspraak of een pilletje**. Bijvoorbeeld ook gemeenschapszorg en verbetering vitaliteit door middel van een app.”*

Omzet genereren

*Er moet worden ingezien dat het **beeldbellen juist meer omzet kan genereren voor huisartsen**, omdat ze meer patiënten kunnen zien op die manier. Daarnaast moet er meer op preventie worden ingezet. Maar wel belangrijk dat de winst dan ook met elkaar gedeeld wordt (over de domeinen heen).*



Zorgaanbieders zien dat de digitale zorg zowel voor sociale als medische aspecten ingezet kan worden

Bij de inzet van digitale zorg voor sociale aspecten en medische aspecten lopen zorgaanbieders tegen zowel positieve punten als valkuilen aan. Opvallend is dat er verdeeldheid is over de manier waarop men (denkt) digitale zorg in te kunnen zetten. De ene zorgverlener geeft aan dat beeldschermzorg goed werkt voor het sociale aspect voor dementerende ouderen, waar de andere zorgaanbieder aangeeft dat beeldschermzorg niet een te groot deel van het sociale aspect moet overnemen. Mogelijk wordt dit verschil veroorzaakt door verschillen in de mate van bekendheid en beeldvorming rond digitale zorg. Daarnaast wordt binnen een huisartsenpraktijk aangegeven dat het sociale werk door de komst van beeldschermzorg op het bordje van het medische team terecht komt, wat niet wenselijk is.

Voor het medische aspect van digitale zorg is iets soortgelijks te zien; waar de ene zorgverlener praktische inzetbaarheid van beeldschermzorg vindt in medicatiebeheer, geeft de ander aan dat bepaalde medische aspecten van zorg simpelweg niet digitaal in te zetten zijn. Tot slot zijn er ook zorgverleners die digitale zorg voor zowel sociale als medische aspecten van de zorg gebruiken; de combinatie lijkt ervan lijkt juist waardevol.

“  **Sociale aspecten** 

*Beeldschermzorg werkt heel goed voor een **stukje sociaal contact**. Zeker voor mensen die beginnend dementerend zijn.*

*Beeldschermzorgsubsidie werd aangevraagd om **de persoonlijke verzorging en het sociale aspect** van het werk voort te kunnen blijven zetten.*

*De inzet van beeldschermzorg zorgt ervoor dat begeleiding en sociaal werk (eenzaamheid) naar het medisch/zorg domein wordt getrokken; **het is niet wenselijk dat dit werk naar dit domein komt**.*

*Ik ben bang dat een volledige overstap naar beeldschermzorg leidt tot **vereenzaming**.* ”

“  **Zorgverleningsaspecten** 

*Bij de thuiszorg kunnen de **medicatiemeldingen al op afstand**. Dat scheelt medewerkers heel veel reistijd.*

*Idee is om **medicatiebeheer en prikken (diabetes) te doen via beeldbellen**.*

*Beeldschermzorg is **geen substituut** voor de eigenlijke zorg die nodig is*

*Echter blijft **een deel van de thuiszorg niet leverbaar via beeldbellen**, denk aan wondverzorging/wassen/kousen aandoen.* ”

“ **De combinatie van sociale en zorgverleningsaspecten**

*De tablets worden gebruikt voor **medicatie-innamemomenten**. Daarnaast ook voor **begeleidingsvraagstukken of dagbestedingsactiviteiten**. Beeldbelverbindingen kunnen hiervoor gebruikt worden*

*Het wordt gezien in **combinatie**: Het kan ingezet worden voor zorg: bijv. **voor activiteiten en mensen die eenzaam zijn**. En het kan ingezet worden voor het leveren van praktische zorg: **medicatiebeheer en spuiten van insuline** (dus dat verpleegkundige via beeldbellen aangeeft welke medicijnen er nu ingenomen moet worden of ingespoten).* ”

5 Benodigdheden voor beeldschermzorg in de toekomst



Voorwaarden om beeldschermzorg te kunnen leveren volgens aanbieders



Bekostiging

Meerdere zorgaanbieders geven aan dat zij afhankelijk zijn van subsidies of andere gelden om de digitale zorg voort te kunnen zetten. Het gaat hier zowel om declarabiliteit van de digitale zorguren, als om vergoedingen voor implementatie en benodigde apparatuur voor digitale zorg.

“Probleem ligt in kosten en technologische stabiliteit. Kosten zijn schrikbarend hoog. Consumenten bellen bijna gratis via video. Maar in de zorg kost het erg veel om van beeldzorg gebruik te maken. Dit remt het gebruik. Huisartsen zijn daarom huiverig: inzetten van digitale middelen kost geld, en het risico is dat er meer laagdrempelig contact komt met de patiënt. De huisarts krijgt te weinig vergoeding per e-consult, kosten die ze er niet uit krijgen. E-consults zouden meer kostendekkend gemaakt moeten worden.”

Zorgaanbieder geeft kosteninzicht:

“Support en beheer (van de tablets / ipads) wordt gedaan door externe partij. ... Maandelijks bedragen voor beheer en support zijn belachelijk hoog. Alleen al voor beheer en support ben je 180 euro per jaar kwijt. Met 100 tablets is dat al 18.000 euro. Dan is de Covid-subsidie zo op. Als de individuele huisartsenpraktijk straks, nadat subsidie stopt, 15 euro per maand voor elke tablet moeten betalen, dan stoppen ze ermee.”

IT & privacy

Een andere belangrijke voorwaarde voor de inzet van beeldschermzorg is goed functionerende IT. Zowel de software (applicaties en beheer ervan), als de hardware (tablets en laptops) moeten goed geregeld zijn en het moet vooral niet te ingewikkeld zijn. Dit geldt voor binnen de organisatie, maar ook bij cliënten thuis. Ook privacy wordt genoemd als belangrijke randvoorwaarde.

“Huisartsen en assistenten zijn primair gericht op mensen, niet op ICT. Als het makkelijk kan met ICT vinden ze het goed, maar verder niet. Op dit moment werkt het allemaal niet eenvoudig. Er moet in heel veel verschillende systemen ingelogd worden. Voor elk ding is er een ander systeem. Allen tweefactor autorisatie. Dit zorgt voor heel veel administratieve lasten bij mensen die het niet kunnen.”

“Een beveiligde omgeving is echt noodzakelijk.”

En let op, teveel aanbieders leidt tot verwarring en terughoudendheid:

“De lessen uit de crisis: er zijn veel “piraten” in de markt. Er was veel opportunisme bij marktpartijen die hun toepassing ineens gingen aanbieden op deelmarkten waar ze weinig ervaring hebben. Als instelling is het moeilijk om kaf van het koren te scheiden. Vooral voor kleinere organisaties waar minder ICT-kennis aanwezig is.”

Scholing (aanstaande) medewerkers

Veel zorgaanbieders benadrukken de noodzaak voor scholing. Volgens hen moeten zowel medewerkers als cliënten als toekomstig personeel scholing en informatie krijgen over omgaan met en inzet van digitale zorg.

Urgentie scholing:

“Scholing en informeren is belangrijk. Ze worden op de hoogte gehouden van ontwikkelingen. Medewerkers hebben zelf ook de mogelijkheid gekregen om zelf een tablet te gebruiken voor hun eigen familie. Hiermee leren ze snel en hands-on hoe het systeem werkt.”

“Scholing en instructie van medewerkers was echt nodig: men was aanvankelijk niet blij met deze werkwijze en kon niet overweg met tablets. Daarnaast moeten cliënten begeleidt, geïnstrueerd en gemotiveerd worden.”

“Scholing is nodig, denk aan: training: e-learnings, training on the job, train the trainer.”

Digitale zorg opnemen in opleiding van toekomstig zorgpersoneel:

“Deze organisatie heeft nu een aantal stagiaires. De verwachting was dat zij op school wel het een en ander geleerd zouden hebben over e-health/ beeldbellen. Dit bleek niet het geval te zijn. Voor toekomst toch aan te raden dat er in de opleiding een module e-health wordt opgenomen.”

Aanvullend is er behoefte aan samenwerking, kennisdeling en uniformiteit



Samenwerking en kennisdeling tussen zorgaanbieders in de keten

Een thema waar in eerdere onderzoeken minder de focus op lijkt te liggen, is samenwerking, kennisdeling en integratie van systemen tussen zorgaanbieders. Nictiz & Nivel (2017) benoemen in hun onderzoek dat het uitwisselen van ervaringen kan voorkomen dat het wiel opnieuw uitgevonden hoeft te worden. Hoewel destijds het belang al erkend werd, blijkt uit onze analyse dat dit in de praktijk nog niet is toegepast, maar er wel behoefte is aan meer coöperatie binnen de keten. Zorgaanbieders hebben vrij concrete ideeën over hoe deze samenwerking, kennisdeling en aansluiting van systemen eruit moeten gaan zien.

Kennisdeling:

*“Een **toolkit ‘Good practices’** delen waarmee men van elkaar kan kijken hoe het werkt.”*

*“Wat er nu niet opgepakt wordt, is de **kennisdeling tussen bedrijven**. Je zou meer kunnen sturen naar deling tussen bedrijven. Als je mij vraagt: is het contact met concullega’s verbeterd? Dan antwoord ik: geen verandering. Je zou denken dat je elkaar in deze tijd gaat opzoeken en de kennis gaat delen met elkaar, wat je helpt om keuzes te maken. **Hier moet meer aan gewerkt worden**, ook vanuit de kant van de zorggroep.”*

*“Wij zijn echt op zoek naar **praktijkvoorbeelden van andere thuiszorgorganisaties**. Hoe passen zij beeldbelzorg toe?”*

Samenwerking:

*“Maak gezamenlijk **afspraken over het vervangen van zorg door beeldzorg**. Dat kan niet als zorgorganisatie zelfstandig, maar **moet in de keten**.”*

*“Tablet voor beeldschermzorg zou je **breder moeten inzetten**. Beeldzorg is dan één van de aspecten. Maar ook bijv. Sociale uitjes, Wordfeud met anderen etc., koffiedrinkmoment in de buurt kan je digitaal doen. Veeg het bij elkaar. Wat je zou moeten hebben:*

***Samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuis, verzorgingstehuis etc.** Iedereen kan de digitale diensten op de tablet gebruiken. Dan heb je een **hele andere business case**. Daar wil je naartoe groeien.”*

Uniformiteit – Minder diversiteit aan systemen en meer aansluiting

In het verlengde van kennisdeling en samenwerking ligt het creëren van meer uniformiteit dan wel aansluiting van de diverse systemen waar zorgaanbieders mee werken. Voor enkele zorgaanbieders is dit wat de daadwerkelijke inbedding van beeldschermzorg in bestaande structuren kan realiseren.

*“Het is belangrijk om te kijken naar de toekomst. Het feit dat nu veel zorgaanbieders zelf naar een oplossing zoeken en **andere systemen aanschaffen of ontwikkelen zal in de toekomst voor problemen kunnen zorgen**. Hierdoor zal het moeilijk zijn om het draagvlak te vergroten. Een **veelheid aan systemen zou voorkomen moeten worden**. Het is een moeilijk kwestie maar het zou fijn zijn als er een **meer uniforme lijn** is.”*

*“De systemen zijn tot nu toe onvoldoende ontwikkeld en ingericht op de rol van patiënten en medewerkers. Het ene systeem is goed in het ene, de andere in het andere. **Het sluit totaal niet op elkaar aan**; het is veel te versnipperd. Een landelijk systeem is ook niet het antwoord, maar wel een soort **tussenlaag waar alles samenkomt. Zodat alle systemen wel op elkaar aansluiten, maar er wel verschillende systemen blijven bestaan**. Je wilt eigenlijk ook aansluiten bij systeem van ziekenhuis, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige etc. De Medmij-standaarden* zouden hier goed gebruikt voor kunnen worden!”*

*“Wat **echt nodig is om beeldbellen goed in dagelijkse praktijk in te voeren: 1. Integratie nodig tussen systemen**. 2. Juridische duidelijkheid 3. Zorgen dat het voor iedereen zo makkelijk mogelijk is. Dat het ook logisch is voor zowel professional als patiënt. Mooiste zou zijn als er **1 systeem/portaal is voor de patiënt** waar hij voor alles in kan. **In ieder geval per regio**.”*

*“Soms hebben we de neiging om allemaal **het wiel opnieuw uit te vinden**. Daardoor wordt het softwarelandschap een beetje zoals het spoorwegennetwerk in Europa. **Het sluit niet bij elkaar aan** op de grenzen, en **na afloop iets nieuws implementeren is duur en moeilijk**, zeker als mensen eraan gewend zijn. Het zou mooi zijn als dit anders kan.”*

Beeldschermzorg promoten als aanvulling op reguliere zorg



Beeldschermzorg als aanvulling

De resultaten in dit rapport sluiten aan bij het rapport van Nictiz & Nivel (2017) waarin wordt gesteld dat zowel patiënten als artsen beeldschermzorg voornamelijk zien als een goede aanvulling op reguliere vormen van contact.

*“De een vindt het prettig, de ander wil er niet mee werken. Ervaring is **vooral positief als het als aanvullend op de zorg wordt gebruikt**. Negatieve ervaringen als het in plaats van de zorg wordt gebruikt (maar dit komt zelden voor, het is voornamelijk aanvullend).”*

*“In de begeleiding kan het **aanvullend zijn, vooral bij WMO-zorg**. Sommige teams belden voor de crisis al met cliënten, bijvoorbeeld bij het geven van instructies rond het innemen van medicatie. Dit kan in de toekomst eventueel ook via beeld. Echter, deze vorm van zorg is **slechts een klein deel van de totale geleverde zorg**. Verder zijn er geen nieuwe toepassingen ontdekt.”*

*“Goed voor ‘**kleine kwaaltjes**’ en het sociale aspect van zorg.”*

Soms kunnen (families van) cliënten ook de angst hebben dat er niemand meer langskomt, maar dat het enkel beeldschermzorg wordt. Daarom kan het promoten dat beeldschermzorg een aanvulling is van belang zijn.

*“Toch is er ook onbegrip; families die ertegen zijn, onbegrip voor het systeem. Families **vrezen dat er niemand meer langs komt** bijvoorbeeld. Hier moet dus wel meer aandacht aan besteed worden.”*

*“De organisatie geeft aan dat beeldschermzorg **bij intakegesprekken en verpleegkundige adviesgesprekken geen volwaardig alternatief vormt**. De omgeving en context zijn daarbij te belangrijk om een totaalbeeld te kunnen vormen van de situatie, evenals het ‘kletspraatje’ met de cliënt.”*

Urgentie en relevantie voor zorgverleners van belang

Ook is het nodig om medewerkers de urgentie van de inzet van beeldschermzorg in te laten zien. Dit is ook één van de voorwaarden voor succes die Nivel (2020) uit haar onderzoek onder huisartsen naar voren zag komen, namelijk: “Er dient een gevoel van urgentie te zijn om e-health te gaan inzetten; bijvoorbeeld de wens om een probleem op te lossen.” Dit belang werd ook in 2017 onderschreven in het onderzoek van Nictiz & Nivel (2017). Hierin werd geconcludeerd dat het gevoel van noodzaak/meerwaarde onder zorgverleners en -gebruikers een positief effect kan hebben op de adoptiegraad van beeldschermzorg. De coronacrisis heeft voor diverse zorgaanbieders gezorgd voor deze urgentie, maar juist na de coronacrisis moeten de urgentie en relevantie benadrukt blijven worden.

*“Beeldbellen is echt geïntroduceerd door de coronacrisis. Ze werden hierdoor een soort van **gedwongen om als praktijk hiermee aan de slag te gaan**...”*

*“Er moet een urgentie zijn om te implementeren. **Als die ontbreekt moet je op zoek gaan naar het haakje** waar de medewerker op aanhaakt.”*

*“Het **nut en de meerwaarde moeten vergroot worden bij de medewerkers op kantoor**. Beeldschermzorg zou een meer centrale rol moeten gaan spelen in de geleverde zorg. De caregivers/medewerkers moeten een **stimulerende rol spelen** richting de klanten. Door beeldschermzorg niet alleen als ‘noodzakelijk corona alternatief’ te beschouwen en **meer te promoten als aanvulling op bestaande zorg kun je veel meer draagvlak creëren**. Met beeldschermzorg kun je namelijk ook zorgen dat cliënten langer door familieleden of mantelzorgers verzorgd kunnen worden en professionele zorg zo lang mogelijk uitstellen.”*

Ideeën ten aanzien van financiering veelal betrekking op vergoedingen en samenwerking



Goede samenwerking en open overleg met de financiers is belangrijk. Er is aandacht nodig voor toereikende vergoedingen van beeldschermzorg (zowel voor de zorgverlening zelf als voor bijkomende IT, distributie en opleidingskosten e.d.). Een deel van de zorgaanbieders (n=9) benoemt het belang dergelijke toereikende kosten. Daarnaast wordt de rol van samenwerking, met name met zorgverzekeraars, door zorgaanbieders (n=9) als aanbeveling rondom contracten genoemd.

Duidelijke vergoedingen

"Op dit moment zijn er **geen indicaties voor vergoeding van beeldschermzorg**. Bijvoorbeeld het digitaal bijstaan van een mantelzorger bij wondzorg kan niet gedeclareerd worden. Dit zou aangepast moeten worden." - [Thuiszorg](#)

"Het zou geen gek idee zijn dat als je als huisartspraktijk hierin investeert, je een betere **tegemoetkoming in de kosten voor het investeren krijgt**. Ik heb nu een vergoeding gekregen van het ministerie, maar als een collega hieraan wil beginnen dan is daar misschien wel een **vergoeding vooraf** voor nodig." - [Huisartsenpraktijk](#)

"Steek het laagdrempeliger in, aangezien het **businessmodel nu negatief** uitpakt. Het geeft geen stimulans als ik er minder inkomsten aan heb. Mijn voorstel aan verzekeraars: **laat de vergoeding gelijk blijven**, in ieder geval de komende jaren." - [Thuiszorg](#)

"Je moet er goed de tijd voor hebben. Het houdt natuurlijk niet op met de tijd die je vergoed krijgt op het moment dat de dokter contact heeft via beeldbellen. **Er zit meer zorg omheen**. Je hebt het afleveren van de iPads, het ophalen, het schoonmaken, het updaten, dat kost allemaal tijd. **Het zou fijn zijn als daar een vergoeding voor zou zijn**." - [Huisartsenpraktijk](#)

Samenwerking met financiers, overleg en informeren

"Wij zijn heel goed **in gesprek met zorgkantoren en zorgverzekeraars**, die zijn echt een partner. Ik merk wel dat heel veel mensen zoekende zijn naar hoe ga ik dit nu betalen. Er zou **meer voorlichting kunnen komen naar de financieringsmogelijkheden**, dat zou naar een nog **praktischer niveau** moeten worden vertaald." - [Thuiszorg](#)

"Instructie **samen met welzijn en gemeente**, niet alleen door zorgmedewerkers zoals het nu vaak gebeurt." - [Thuiszorg](#)

"Rol voor verzekeraar: **meehelpen met opstellen business case**." - [Huisartsenpraktijk](#)

"Wat is er nodig om een sneller akkoord te krijgen op de inzet? **Een korte lijn met de inkoper** helpt dan heel erg. Oproep aan zorgverzekeraars: **Denk mee**, want we hebben hetzelfde doel. Iedereen moet het wiel zelf uitvinden. Soms horen we dat een andere aanbieder wel iets vergoed krijgt en wij nog niet, minder of anders. Dan vraag ik me af of het verschil op de relatie tussen de mensen zit of bijv. op de business case." - [Thuiszorg](#)

"Wat willen we ermee bereiken, gezamenlijk leertraject, gezamenlijk beslissen over vervolg/uitrol en gezamenlijk beoordelen effectiviteit. **Ook met andere zorgaanbieders gezamenlijk**. Betrek ook de ICT-mensen hierbij. Nu nog teveel alleen eigendom van zorg, ook ICT en procesbeheer (AVG)." - [Thuiszorg](#)

"**Rondetafelgesprek met zorgverzekeraars** om dit te bespreken. Zou voordeel zijn voor zorgverzekeraars om meer in te kopen." - [Thuiszorg](#)

"**Maak gezamenlijk afspraken** over het vervangen van zorg door beeldzorg. Dat kan niet als zorgorganisatie zelfstandig, maar moet **in de keten**." - [Thuiszorg](#)

Voorwaarden om beeldschermzorg te kunnen leveren volgens cliënten



Een derde van de geïnterviewde cliënten benoemt het belang van informatie, uitleg en scholing (n=8). Ook positieve beeldvorming door het delen van succesverhalen is iets wat zij belangrijk vinden. Daarnaast is er behoefte aan goedwerkende software en hardware. Niet iedereen is er echter van overtuigd dat beeldschermzorg voor iedere doelgroep even geschikt is en benadrukken enkele cliënten (net als zorgaanbieders) het belang van een mix tussen fysieke en digitale zorg.

Succes- en positieve verhalen promoten

"Het valt of staat met de **manier waarop je het aanbiedt**. 'Duidelijk maken dat als je digitaal wilt, dat je daar **geen kennis voor nodig hebt**. Voor jullie ('de jonge generatie') is dat duidelijk, want een kind van drie kan ook met een tablet aan de slag, maar voor ons niet. **Bij ons is toch het idee dat je zo'n tablet moet leren gebruiken**. Dat je daar veel moeite in stoppen."

"**Reclame zou hier een groot effect hebben**. Mogelijk met een campagne 'iets kleins? Bel of mail je huisarts'."

"Door **positieve verhalen** te vertellen."

"Draagvlak is al groot. Cliënten er nog bekender maken met beeldschermzorg, **positieve ervaringen delen**."

"**Succesverhalen delen**."

"Meneer vindt het belangrijk dat er **meer reclame gemaakt wordt voor beeldschermzorg**. Die zou moeten komen vanuit de overheid, met een centrale boodschap. Niet vanuit zorgaanbieders, want ieder ziekenhuis/iedere instelling doet het weer anders."

Informatie, uitleg en scholing

"Ik denk dat je ook vrijwilligers kunt gebruiken, bijvoorbeeld als er vrijwilligers in de huiskamer zijn, **maak een vaste afspraak, op vrijdag gaan we beeldbellen**. Het is niet zoveel werk en je doet er mensen een groot plezier mee."

"Mensen **bij elkaar brengen om het uit te leggen**. **Kleine groepjes en het voordoen**. Zodat mensen een idee krijgen wat het allemaal inhoudt, en **laten zien hoe het werkt** met de telefoon. Het gaat vaak ook wel wat minder goed, dus dit moet opgevangen worden. Ook goed **uitleggen waarom** je dit doet."

"Ik was behoorlijk negatief, omdat ik niet van computers houd. Misschien wel door op een of andere manier **met informatie het wegnemen van de negatieve oordelen**."

"Bij ouderen wordt het lastig om draagvlak te vergroten. Er is begeleiding op nodig. **Soms kan een oudere ook niet helder denken, instructies beklijven niet**. Dat zijn echter de echt ouderen, 75+. De groep van 60+ is behoorlijk vaardig denkt zij."

"Veel oudere mensen hebben digitale angst. Die moet je adresseren. Je moet **heel veel uitleg geven**. Je moet mensen **vertrouwd maken** met een iPad, je moet er rekening mee houden dat het een **tijd duurt voor ze er echt aangewend zijn**."

Werkende apparatuur en IT-bekendheid en gemak

"Wat vaak opvalt is dat de **verbinding slecht is**. Dus de **kwaliteit van het beeld mag beter**. De link werkt prima, maar de kwaliteit van het beeld is niet altijd 100%."

"Er moeten **beheerders/ondersteuners zijn die weten hoe de techniek werkt en professionals ondersteunen bij problemen**. Zowel de huisartsenpost als de GGD waren niet in staat een goede verbinding tot stand te brengen. Heeft 10 weken geduurd."

"Mensen eigen maken met de techniek."

"Hulpmiddelen om het simpel te maken. '**Denken in de gedachte van digibeten**'. In jip-en-janneketaal iets opschrijven. Zorgen dat ze op een knop hoeven te drukken om op te nemen bijvoorbeeld; één handeling daar gaat het om. '**Ze moeten niet hoeven nadenken, maar gewoon te doen**'. Daarmee worden ook mensen bereikt die geen interesse in technologie hebben. **Technologie wordt toch vaak te complex gemaakt**."

"Als het zo blijft, is het wel prima. Maar de techniek staat niet stil, en **als er steeds dingen blijven veranderen, wordt het wel lastig voor oudere mensen**. Heleboel mensen van haar leeftijd hebben al helemaal geen zin in smartphones en computers, dus **het bijblijven is voor veel mensen lastig**."

6 Bijlage



Kenmerken steekproef [1/2]

Tabel met geïnterviewde cliënten en organisaties - naar organisatietype, en waar bekend, grootte.



Terug naar
onderzoeksverantwoording

Aanbieder/cliënt	Toelichting
1. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging kleine organisatie
2. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging
3. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging kleine organisatie
4. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging grote organisatie
5. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging grote organisatie
6. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging middelgrote organisatie
7. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging
8. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging
9. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging kleine organisatie
10. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging
11. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging middelgrote organisatie
12. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging grote organisatie
13. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging kleine organisatie
14. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging grote organisatie
15. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging middelgrote organisatie
16. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging kleine organisatie
17. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging
18. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging grote organisatie
19. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging
20. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging grote organisatie
21. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging grote organisatie
22. Zorgaanbieder	Thuiszorg/wijkverpleging grote organisatie

23. Zorgaanbieder	Huisartsenpraktijk kleine organisatie
24. Zorgaanbieder	Huisartsenpraktijk grote organisatie
25. Zorgaanbieder	Huisartsenpraktijk
26. Zorgaanbieder	Huisartsenpraktijk grote organisatie
27. Zorgaanbieder	Huisartsenpraktijk middelgrote organisatie
28. Zorgaanbieder	Huisartsenpraktijk kleine organisatie
29. Zorgaanbieder	Huisartsenpraktijk
30. Zorgaanbieder	Proeftuin (interview betrekking op huisartsenzorg)
31. Cliënt / mantelzorger	Cliënt geen beeldschermzorg, wel digitale zorg
32. Cliënt / mantelzorger	Cliënt + mantelzorger leeftijd 60+
33. Cliënt / mantelzorger	Cliënt geen beeldschermzorg, wel digitale zorg
34. Cliënt / mantelzorger	Mantelzorger
35. Cliënt / mantelzorger	Cliënt leeftijd 25+
36. Cliënt / mantelzorger	Cliënt leeftijd 55+
37. Cliënt / mantelzorger	Cliënt geen beeldschermzorg, wel digitale zorg
38. Cliënt / mantelzorger	Cliënt
39. Cliënt / mantelzorger	Cliënt leeftijd 75+
40. Cliënt / mantelzorger	Cliënt
41. Cliënt / mantelzorger	Cliënt + mantelzorger leeftijd 65+
42. Cliënt / mantelzorger	Cliënt leeftijd 70+
43. Cliënt / mantelzorger	Cliënt
44. Cliënt / mantelzorger	Cliënt chronisch ziek
45. Cliënt / mantelzorger	Cliënt geen beeldschermzorg, wel digitale zorg

Kenmerken steekproef [2/2]

Tabel met geïnterviewde cliënten en organisaties - naar organisatietype, en waar bekend, grootte.



Terug naar
onderzoeksverantwoording

Aanbieder/cliënt	Toelichting
46. Cliënt / mantelzorger	Cliënt chronisch ziek
47. Cliënt / mantelzorger	Cliënt
48. Cliënt / mantelzorger	Cliënt leeftijd 70+
49. Cliënt / mantelzorger	Cliënt leeftijd 60+
50. Cliënt / mantelzorger	Cliënt
51. Cliënt / mantelzorger	Mantelzorger (partner van cliënt)
52. Cliënt / mantelzorger	Mantelzorger leeftijd 65+

Vraagpunten Zorgaanbieders



Terug naar
onderzoeksverantwoording

1.	Hoe werkte uw organisatie vóór de Corona crisis, met beeldschermzorg? (doelgroep, omschrijving regio, type zorg/handelingen)	
2.	Hoe wordt er op dit moment met beeldschermzorg gewerkt, en, verschilt dit wezenlijk met de situatie vóór de Corona Crisis?	
3.	Welke inzet/veranderingen waren hiervoor nodig (bv aanpassing werkprocessen, scholing, ICT-verbetering etc.)?	
4.	Heeft deze verandering invloed op de kwaliteit en doelmatigheid (waaronder JZOJP) van de geleverde zorg? Zo ja, kunt u deze omschrijven? Doorvragen: Ziet u zich soms ook genoodzaakt om beeldschermzorg te leveren in situaties waarin uw organisatie dat vanuit kwaliteit/doelmatigheids oogpunt dat liever niet zou doen? (+ omschrijven).	
5.	Wat is het effect van het gebruik van beeldschermzorg op het gehanteerde verdienmodel, nu en vóór de Corona crisis?	
6.	Wat heeft u als organisatie geleerd de afgelopen maanden, op het gebied van de inzet van beeldschermzorg?	
7.	Wat is er in het algemeen nodig om beeldschermzorg in te bedden in de bestaande zorg infrastructuur?	
8.	Wat vindt u van de beeldvorming rondom digitale eHealth toepassingen, en, indien negatief, welke factoren staan een positieve beeldvorming in de weg?	
9.	Als uw organisatie beeldschermzorg ook na de crisis zou willen blijven inzetten, zijn er dan structurele veranderingen nodig in uw organisatie? (+ omschrijf)	
10.	Welke aanbevelingen zou willen meegeven voor de inkoop rond de inzet van beeldschermzorg?	
11.	Welke quick wins kunnen terugval op de oude werkwijze voorkomen?	
12.	Hoe ervaren de professionals de inzet van beeldschermzorg (werkplezier, competenties van medewerkers, kwaliteit van arbeid, scholing, ervaren werkdruk, duurzame inzetbaarheid)?	
13.	In hoeverre kan de professional zelf besluiten gebruik te maken van beeldschermzorg?	
14.	Wat is volgens wijkverpleegkundigen/ verzorgende nodig om beeldschermzorg ook na corona te blijven gebruiken?	
15.	Hoe kan het draagvlak bij professionals eventueel worden vergroot?	
16.	Wat vinden de cliënten en mantelzorgers van de inzet van beeldschermzorg (plezier bij uitvoering zorg, competenties van medewerkers, kwaliteit van zorg, ervaren tijdsdruk, inzetbaarheid)?	
17.	In hoeverre kan de cliënt of mantelzorger zelf besluiten gebruik te maken van beeldschermzorg?	
18.	Wat is volgens cliënten en mantelzorgers nodig om beeldschermzorg ook na corona te blijven gebruiken?	
19.	Hoe kan het draagvlak bij cliënten eventueel worden vergroot?	

Vraagpunten Cliënten



Terug naar
onderzoeksverantwoording

1.	Wat vindt u van de inzet van beeldschermzorg (plezier bij uitvoering zorg, competenties van medewerkers, kwaliteit van zorg, ervaren tijdsdruk, inzetbaarheid)?
2.	In hoeverre kunt u zelf besluiten gebruik te maken van beeldschermzorg?
3.	Wat is volgens u nodig om beeldschermzorg ook na corona te blijven gebruiken?
4.	Hoe kan het draagvlak bij cliënten eventueel worden vergroot?