

Maatschappelijke business case beeldzorg: uitgangspunten voor thuiszorg- organisaties

Inhoud

Samenvatting	2
1. Inleiding	4
2. Opstellen van een maatschappelijke business case	5
3. Inzet van beeldzorg	7
4. Organiseren van beeldzorg	10
5. Investerings in beeldzorg	12
6. Maatschappelijke opbrengsten	15
7. Bekostiging digitale zorg 2020	17
8. Uitdagingen	19
9. Toekomstperspectief	20

Samenvatting

Het doel van deze publicatie is een overzicht te geven van de onderdelen van de maatschappelijke business case beeldzorg voor de thuiszorg. Hierin schetsen we de verschillende mogelijkheden en overwegingen voor de uitwerking van een maatschappelijke business case. Deze publicatie dient als inspiratie en achtergrondinformatie voor organisaties die een business case voor beeldzorg willen opstellen.

Opstellen maatschappelijke business case

Er is nog geen ideaal instrument om de waarde van e-health te voorspellen of te evalueren. Een methode waar vanuit VitaValley positieve ervaringen mee zijn opgedaan is de Social Return on Investment (SROI). Hierbij ligt de focus op de betrokken stakeholders en het inzichtelijk maken van de activiteiten, investeringen en opbrengsten per stakeholder. In deze publicatie nemen we de stappen van de SROI als indeling en geven we input voor de uitwerking voor de maatschappelijke business case beeldzorg.

Bepaal in de inzet van beeldzorg

Er zijn verschillende doelen waarmee beeldzorg bij een cliënt thuis kan worden ingezet. De inzet kan per organisatie en per cliënt verschillen. Hieronder noemen we de meest voorkomende mogelijkheden:

- > Informele zorg: sociaal netwerk, vrije tijd, welzijn
- > Sociale beeldzorg: contact met cliënt en monitoren welbevinden
- > Individuele begeleiding en ondersteuning
- > Behandeling of therapie op afstand
- > (Medische) monitoring en ondersteuning
- > Onderling contact en overleg tussen zorgverleners

Deze verschillende mogelijkheden kunnen door verschillende zorgverleners worden ingezet. Hierdoor kunnen ook verschillen in de maatschappelijke business case ontstaan. In hoofdstuk 3 wordt de toepassing van beeldzorg uitgelicht voor zorgverleners in de thuisbegeleiding, de wijkverpleging, de gespecialiseerd verpleegkundigen, de revalidatiezorg (GRZ) en het sociaal domein.

Maak een keuze hoe beeldzorg wordt georganiseerd

In het organiseren van beeldzorg hebben we 3 verschillende scenario's op een rij gezet:

1. Beeldzorg wordt door (alle) zorgverleners ingezet.
2. Beeldzorg wordt vanuit een centraal team georganiseerd.
3. Beeldzorg wordt geleverd door een externe beeldzorgcentrale.

De overwegingen en voor- en nadelen van deze verschillende scenario's zijn uitgewerkt in hoofdstuk 4.

Breng de investeringen in kaart

De kosten van beeldzorg bestaan uit een aantal onderdelen. De hoogte van de kosten hangt af van de specifieke keuzes die organisaties maken. De benodigde investeringen kunnen worden onderverdeeld in eenmalige en structurele kosten. De eenmalige investeringen betreffen activiteiten gericht op het opstarten en inrichten van beeldzorg in de organisatie.

Hieronder zijn de belangrijkste investeringen samengevat:

- > Inzet devices: aanschaf, huur of lease en beheer.
- > Beeldzorgapplicatie: aansluitkosten, kosten voor gebruik.
- > Dataverbruik: kosten voor gebruik internetverbinding.
- > Projectkosten: projectleider/coördinator voor opstarten beeldzorg en inrichten processen.
- > Organisatiekosten: administratie, logistiek, communicatie, ICT, support.
- > Kosten leveren van beeldzorg: inzet of inhuur personeel.
- > Training en ondersteuning: training zorgmedewerkers en cliënten, oefentijd, verletkosten.

Verken de kwalitatieve en kwantitatieve opbrengsten

De opbrengsten van beeldzorg zijn onder te verdelen in de doelstellingen van Quadruple Aim:

- > Verbeteren ervaren kwaliteit van zorg.
- > Verbeteren uitkomsten gezondheid.
- > Verbeteren beleving zorgverlener.
- > Verbeteren efficiëntie van zorg.

Denk hierbij aan kwalitatieve opbrengsten, zoals meer zelfvertrouwen cliënt, flexibeler inplannen van afspraken, vergroten ervaren gevoel van veiligheid en ondersteuning van de mantelzorger. Hoewel deze opbrengsten lastig te vertalen zijn naar een opbrengst in euro's, is het belangrijk deze te benoemen in de maatschappelijke business case. Kwantitatieve opbrengsten zijn bijvoorbeeld de besparing op reistijd, de afbouw van fysieke zorg of het voorkomen van (zwaardere) zorg.

Benut de mogelijkheden voor de bekostiging van beeldzorg

De inkomsten voor beeldzorg zijn vooral afkomstig vanuit de prestatie thuiszorgtechnologie. Deze prestatie biedt VVT-organisaties de mogelijkheid om afspraken te maken met zorgverzekeraars over de bekostiging van beeldzorg. In de praktijk wordt hier al veel gebruik van gemaakt. Wel valt op dat de afspraken hierover per zorgverzekeraar verschillen. In hoofdstuk 7 gaan we hier verder op in.

Uitdagingen maatschappelijke business case

Hoewel de inzet van beeldzorg al lang niet meer nieuw is en de maatschappelijke relevantie evident, is het nog steeds zoeken naar een sluitende business case voor VVT-organisaties. De belangrijkste uitdagingen hierbij zijn:

- > Hoge kosten van beeldzorg, met name de aanschaf van devices.
- > Efficiënt organiseren van beeldzorg, zodat er sprake is van tijd- en kostenbesparing.
- > Grote variatie in inzet en opbrengst van beeldzorg bij verschillende cliënten en/of doelgroepen.
- > Onzekerheid in aannames over benodigde inzet beeldzorg en de te verwachten substitutie.
- > Verschillende afspraken met zorgverzekeraars zorgen voor verschillen in vergoeding per cliënt.

Vervolgstappen

Om de maatschappelijke business case beeldzorg verder in te kunnen vullen en te kunnen verstevigen zijn een aantal vervolgstappen wenselijk, namelijk:

- > Uitwisselen voorbeelden tussen zorgaanbieders.
- > Kwaliteitswinst beter in beeld brengen.
- > Uitwerking voor verschillende beeldzorgoplossingen.
- > Opschalen van beeldzorg.
- > Regionale samenwerking.
- > Meer zicht op contractering zorgverzekeraar
- > Integrale business case zorgtechnologie.

Vanuit SET-up zullen we ons inzetten om een aantal van deze vervolgstappen te faciliteren. Daarnaast roepen we zorgaanbieders, zorgverzekeraars, leveranciers en koepels op hiermee aan de slag te gaan.

1. Inleiding

Hoewel beeldzorg al jaren wordt ingezet in de thuiszorg, is de opschaling van beeldzorg nog steeds een belangrijk aandachtspunt. Veel zorgorganisaties worstelen met het realiseren van een positieve business case. Vooral de kosten om te kunnen starten met beeldzorg zijn hoog. Zorgorganisaties maken veelal gebruik van subsidie om beeldzorg op grotere schaal te implementeren. Met behulp van de SET-subsidieregelingen (regulier en SET COVID-19) zijn honderden thuiszorgorganisaties in 2019 en 2020 aan de slag gegaan met het opschalen van beeldzorg.

Belang van maatschappelijke business case

Doelen om beeldzorg in te zetten in de thuiszorg sluiten aan bij de doelen van Quadruple Aim.



In 2020 heeft beeldzorg vanwege de uitbraak van corona een vlucht genomen. Het continueren van zorg en het contact kunnen onderhouden met cliënten zijn nieuwe belangrijke doelen om beeldzorg in te zetten geweest. Veel zorgaanbieders geven aan beeldzorg structureel te willen blijven inzetten in de toekomst. De uitdaging waar zij nu voor staan is om deze vorm van zorg goed in te bedden in de reguliere bedrijfsvoering.

Vanuit het SET-up ondersteuningsprogramma merken we dat veel organisaties worstelen om een business case te maken voor beeldzorg, ondanks de evidente maatschappelijke relevantie. Daarom hebben we het initiatief genomen om dit document met uitgangspunten voor de maatschappelijke business case beeldzorg in de thuiszorg op te stellen.

In deze publicatie geven we een overzicht van de verschillende onderdelen van de maatschappelijke business case, de keuzemogelijkheden hierin en de uitdagingen. Het doel is met deze publicatie organisaties die thuiszorg aanbieden een handvat te bieden voor het opstellen van een maatschappelijke business case beeldzorg en het hieruit afleiden van een duurzame business case voor de organisatie zelf.

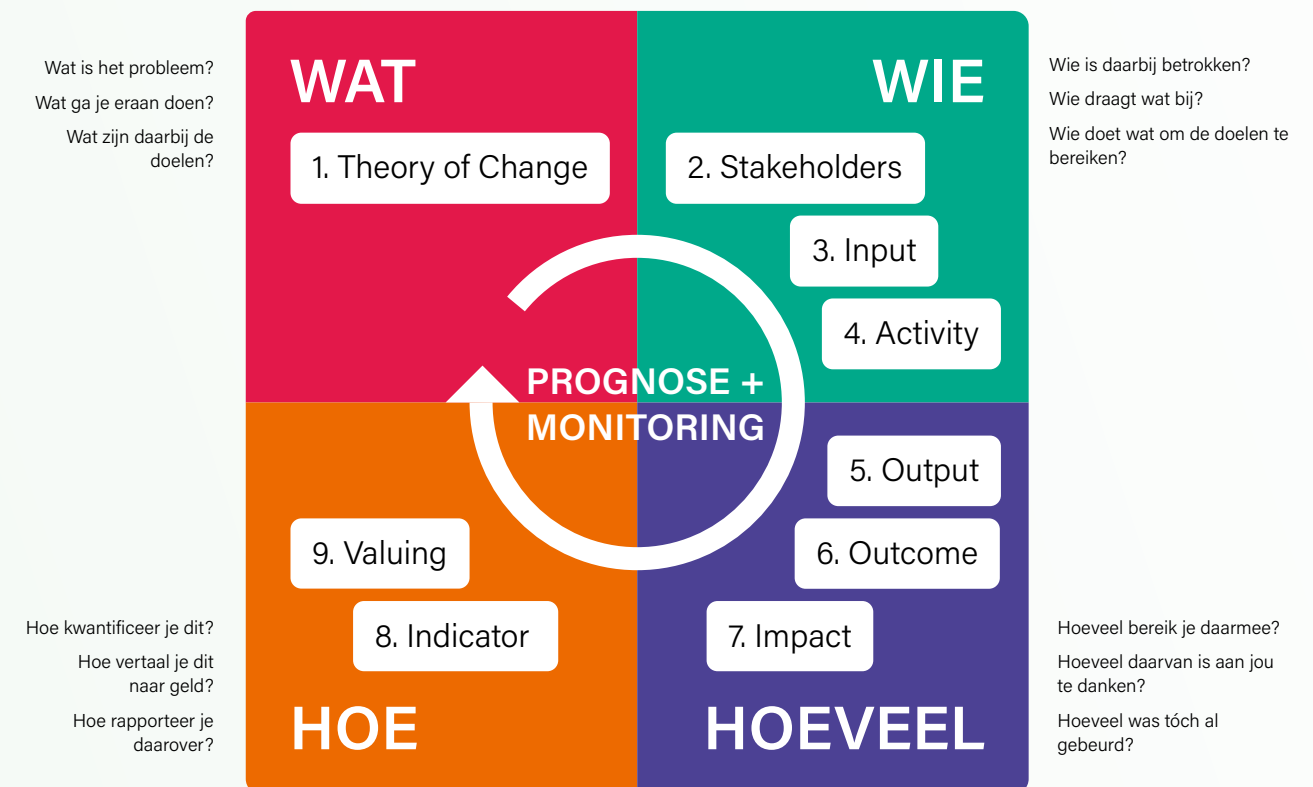
2. Opstellen van een maatschappelijke business case

Er zijn verschillende manieren om te komen tot een maatschappelijke business case. Verschillende methoden om de waarde van e-health te bepalen zijn samengevat in de publicatie van het [e-health waardenmodel](#). Iedere methode heeft hierbij zo zijn eigen doelstelling, scope, voor- en nadelen. Het ideale model blijkt niet te bestaan. In deze publicatie nemen we de Social Return on Investment (SROI) methode als basis.

Social Return on Investment (SROI)

Vanuit VitaValley zijn positieve ervaringen opgedaan met het opstellen van een Social Return on Investment (SROI). Dit is een internationaal gevalideerde methode om de economische en maatschappelijke waarde van een investering zichtbaar te maken. De focus ligt op de betrokken stakeholders en inzicht geven in de verschillende belangen. Alle investeringen en opbrengsten uitgedrukt in waarde, zodat een SROI-ratio kan worden uitgerekend.

In onderstaande afbeelding zijn de stappen van een SROI-proces inzichtelijk gemaakt.



Stakeholders

Er is niet altijd wetenschappelijk bewijs voor handen om alle investeringen en opbrengsten te kwantificeren. De uitkomst van een SROI-analyse is daarom mede afhankelijk van aannames die gemaakt worden samen met de betrokken stakeholders. Het zorgvuldig doorlopen van alle processtappen met de relevante stakeholders is daarom een belangrijke voorwaarde voor het draagvlak en commitment aan de uitkomsten van de SROI.

Het is daarom een belangrijke eerste stap om de relevante stakeholders te benoemen en te betrekken. De meest voorkomende stakeholders bij het realiseren van beeldzorg zijn:



Cliënten



Mantelzorgers



Wijkteam

wijkverpleegkundigen
en verzorgenden



Leveranciers



Zorgorganisatie

(o.a. projectteam)



**Zorg-
verzekeraars**



Daarnaast kunnen ook andere partijen betrokken zijn, zoals de gemeente, ziekenhuis, eerstelijnszorg, revalidatiezorg, welzijnsorganisaties.

Opstellen impact map

Een hulpmiddel om een opzet te maken voor een SROI-analyse is de impact map. Hierin worden de verschillende stakeholders, activiteiten, investeringen en opbrengsten samengevat. In deze publicatie doorlopen we de verschillende stappen in het SROI-proces en geven we input voor de verschillende onderdelen uit de impact map. In [bijlage 1](#) vind je een format voor de impact map. Hiermee kun je een eerste opzet maken voor de maatschappelijke business case voor de inzet van beeldzorg.

3. Inzet van beeldzorg

De basis voor het opstellen van de maatschappelijke business case is scherp te definiëren hoe beeldzorg wordt ingezet. Er zijn allerlei variaties in de manier waarop beeldzorg wordt ingezet. Hier zijn veel verschillende scenario's mogelijk. Denk aan verschillende doelen zoals monitoring, begeleiding, of sociaal contact. Maar ook welke type zorg verleend wordt. In dit hoofdstuk worden verschillende mogelijkheden toegelicht.

Doelen van inzet beeldzorg

Er zijn verschillende doelen waarmee beeldzorg en andere vormen van beeldcontact bij een cliënt thuis kan worden ingezet. De inzet kan per organisatie en per cliënt verschillen. Hieronder noemen we de meest voorkomende mogelijkheden:

- > Informele zorg: sociaal netwerk, vrije tijd, welzijn.
- > Sociale beeldzorg: contact met cliënt en monitoren welbevinden.
- > Individuele begeleiding en ondersteuning: ondersteuning bij specifieke handelingen of controleafspraken.
- > Consult of therapie op afstand: begeleiding door (paramedische) behandelaar of consult met medisch specialist.
- > (Medische) monitoring en ondersteuning: monitoring van gezondheid en/of welzijn van cliënt.
- > Onderling contact en overleg tussen zorgverleners: afstemming en MDO.

Sommige zorgaanbieders maken nog een onderscheid tussen geïndiceerde beeldzorg en andere vormen van beeldcontact (niet- geïndiceerde zorg, zoals informele zorg en sociale beeldzorg).

Invulling van inzet beeldzorg

De verschillende vormen van beeldzorg kunnen op verschillende manieren in de praktijk worden ingevuld. Vanuit het SET-up leernetwerk zijn verschillende praktijkvoorbeelden beschikbaar hoe organisaties beeldzorg inzetten. Voorbeelden van BrabantZorg, Carinova, Marente, NAAST en Omring zijn terug te vinden in de [kennisdeling praktijkvoorbeelden VVT](#).

In de tabel op de volgende pagina hebben we de doelen afgezet tegen de zorgverleners die deze vorm van beeldzorg kunnen verlenen. Hieronder is de inzet van beeldzorg toegelicht per type zorg-/hulpverlener.

	Informele zorg*: sociaal netwerk, vrije tijd, welzijn	Sociale beeldzorg* contact met cliënt en monitoren welbevinden	Individuele begeleiding en ondersteuning	Behandeling of therapie op afstand	Monitoring en ondersteuning	Onderling contact en overleg tussen zorgverleners
Thuisbegeleiding	✓	✓	✓			✓
Wijkverpleging		✓	✓	✓	✓	✓
Gespecialiseerde verpleging					✓	✓
Revalidatiezorg (GRZ) en (paramedische) behandelaren			✓	✓		✓
Mantelzorg	✓	✓				✓

*deze vormen van beeldzorg betreffen niet geïndiceerde zorg.

Thuisbegeleiding (ambulante begeleiding)

Beeldzorg wordt door de thuisbegeleiding ingezet om te monitoren hoe het met de cliënt gaat en te ondersteunen bij het dagelijks functioneren. Beeldzorg wordt hier veelal als nuttig middel gezien om te gebruiken in de begeleiding bij hun cliënten. De begeleiding kan flexibeler ingezet worden door middel van beeldbellen. Als beeldzorg goed in het dagelijks leven van de cliënt is geïntegreerd, kan het ook helpen bij de dagstructuur. Tevens zou het kosten kunnen besparen en schatten medewerkers van de thuisbegeleiding in dat ze door inzet van beeldbellen productiever zouden kunnen zijn.

Beeldbellen kan ook aanvullend zijn voor de communicatie en relatie met de cliënt. Wel kan het een nadeel zijn, dat er met beeldbellen geen inzicht is in de omgevingsfactoren van de cliënt.

Wijkverpleging

Vanuit de wijkverpleging wordt beeldzorg vooral ingezet voor het contact met de cliënt en ondersteuning bij zorg die cliënten zelfstandig uitvoeren. Het voordeel van beeldzorg is dat bepaalde handelingen waarvoor een cliënt nu moet wachten tot dat er iemand langs komt, flexibeler ingepland kunnen worden en plaats onafhankelijk zijn. Zo kan beeldzorg ingezet worden bij:

- > Ondersteuning en begeleiding van ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen).
- > Sociale beeldzorg momenten, zoals 'goedemorgen/goedenavond service' genoemd.
- > Instructies bij het gebruik van hulpmiddelen.
- > Visuele check van de omgeving.
- > Op peil houden van regie of vergroten van regie door voor- en na een bepaalde handeling beeldzorg contact te hebben met de cliënt, bijvoorbeeld voor en na het douchen.

- > Begeleiden van medicatiebereiding, klaarzetten en inname, medicatieherinnering.
- > Controleren en monitoren van toedienen van bijvoorbeeld medicatie, insuline-pen, bloedsuikermeting, stomazorg, wondzorg.
- > Begeleiden, leren van en het onderhouden van zelfvertrouwen bij het zelf uitvoeren van medische handelingen (vacuümpomp, sondevoeding, wondzorg, stomazorg, controle insteekopening, etc.)
- > Intensief begeleiden van cliënten bij psychische zorg (angst, depressie, eenzaamheid) of andere uitingen die bij dementie en andere ziektebeelden kunnen voorkomen.
- > Ongeplande zorgvragen. Cliënten of mantelzorgers kunnen contact opnemen via beeldbellen als ze een vraag hebben of als ze zich zorgen maken.
- > Makkelijker betrekken van (medische) specialisten en samenwerking met het ziekenhuis. Dit verbetert ook de inhoudelijke expertise van de wijkverpleegkundigen.
- > Ondersteunen van cliënten als ze niet thuis zijn. Zo kan een cliënt zelfs in het buitenland nog de benodigde zorg of ondersteuning krijgen.

Gespecialiseerd verpleegkundigen

Beeldzorg kan door gespecialiseerd verpleegkundigen worden ingezet bij de (medische) controle en monitoring van cliënten. Dit betreft bijvoorbeeld begeleiding bij telemonitoring/thuismonitoring van mensen met hartfalen of astma/COPD. Hierbij gaat het niet alleen om beeldbellen, maar ook om het invullen van een wekelijkse vragenlijst, ziektelastmeter of het doorgeven van metingen, zoals bloedsaturatie, hartslag, bloeddruk en gewicht.

Waarden worden hierbij doorgestuurd naar een verpleegkundige van het ziekenhuis of een medisch servicecentrum. Bij afwijkende waarden kan dan contact op worden genomen door middel van beeldzorg. Indien nodig wordt dan een controle in het ziekenhuis gepland of komt er iemand bij de cliënt langs.

Revalidatiezorg (GRZ) en paramedische behandelaren

In de revalidatiezorg en bij paramedische behandeling kan beeldzorg worden ingezet voor individuele begeleiding of voor een consult of therapie op afstand. Hierbij kan beeldzorg worden gecombineerd met andere vormen van zorg op afstand om bijvoorbeeld ook therapietrouw te stimuleren. De behandelaar kan via beeldbellen de voortgang bespreken en indien nodig ook meekijken bij het oefenen. Een mogelijk voordeel is dat cliënten en mantelzorgers minder belast worden als een deel van de behandeling op afstand kan.

Mantelzorg

Beeldbellen kan ook worden ingezet door mantelzorgers en mensen uit het eigen netwerk. Voor sociaal contact en ondersteuning van de cliënt. Beeldzorg kan ook de rol van de mantelzorger ondersteunen. Voorbeelden hiervan zijn:

- > Beeldzorg met de mantelzorger om samen de dag op te starten en weer af te sluiten om structuur te bieden.
- > Beeldzorg, wanneer een cliënt naar een spannend gesprek met een arts gaat en daar

graag iemand bij aanwezig wil hebben, deze persoon kan er dan op afstand toch bij zijn.

- > Coaching van de mantelzorger voor of tijdens het uitvoeren van een bepaalde handeling of bij vragen over de werking van bepaalde medicatie of wat te doen bij onverwachte situaties.
- > Ondersteuning van de mantelzorger draagt bij aan meer draagkracht en kennis. Doordat mantelzorgers hun verhaal kwijt kunnen of contact kunnen opnemen op momenten dat ze de situatie (even) niet aankunnen, worden mantelzorgers ondersteund in het kunnen volhouden van de mantelzorg.
- > Ondersteuning van cliënt en mantelzorger bij palliatieve zorg.
- > Een luisterend oor vinden bij een professional voor de mantelzorger.

Overleg en afstemming met andere zorgverleners

Beeldzorg kan ook worden ingezet voor onderling overleg en afstemming. Het kan hierbij gaan om teamoverleg, maar ook bij een multidisciplinair overleg met bijv. cliënt, mantelzorger, wijkverpleegkundige, medische specialist en/of huisarts. Daarnaast kan beeldzorg worden ingezet als dubbele controle bij medicatietoediening (vier-ogen-principe). Een andere mogelijkheid is dat de zorgverlener die bij de cliënt thuis is, op afstand overlegt met een gespecialiseerde collega. Denk hierbij aan het beoordelen van een wond, waarbij de wondverpleegkundige op afstand meekijkt en advies geeft over de behandeling.

Voorwaarden inzet beeldzorg

Voor de inzet van beeldzorg is het belangrijk om te toetsen of wordt voldaan aan de eisen die worden gesteld vanuit de wet- en regelgeving. De eisen van de IGJ aan de inzet van e-health staan beschreven in het ['Toetsingskader inzet e-health door zorgaanbieders'](#) Het toetsingskader vormt het uitgangspunt voor het toezicht van de IGJ op de juiste randvoorwaarden voor de inzet van o.a. beeldzorg. In het toetsingskader wordt onderscheid gemaakt in vijf thema's en koppelt aan elk thema een aantal normen. De thema's zijn:

1. Goed bestuur en verantwoord innoveren.
2. Invoer en gebruik van e-health-producten en -diensten.
3. Cliëntenparticipatie.
4. Informatiebeveiliging en continuïteit.
5. Samenwerken in de keten en elektronische uitwisseling van gegevens.

Vanuit SET-up is daarnaast een [Toolkit privacy compliance](#) ontwikkeld om snel inzicht te krijgen welke stappen nodig zijn om te voldoen aan de privacywetgeving en andere wettelijke eisen.

4. Organiseren van beeldzorg

Er zijn bij de organisatie van beeldzorg verschillende scenario's denkbaar. Cliënten en zorgverleners bepalen samen welke combinatie van zorg aan huis en beeldcontact het beste aansluit bij de behoefte van de cliënt en die past binnen de beschikbare tijd van de zorgverlener of samenwerking met een zorgservicecentrum of zorgcentrale. Afhankelijk van hoe beeldzorg is georganiseerd zullen ook kosten van de organisatie verschillen. De verschillende scenario's worden in dit hoofdstuk toegelicht.

scenario 01

Beeldzorg wordt door (alle) zorgverleners ingezet en uitgevoerd

Voordelen

- + De 'eigen' zorgverlener voert het gesprek via beeldzorg. Dit is een voordeel in bijvoorbeeld de ambulante-/thuisbegeleiding, bij casemanagement dementie en behandeling door arts, fysio- of ergotherapeut of andere behandelaar.
- + Voor de cliënt is de zorgverlener die hij/zij via beeldzorg spreekt een bekende die ook fysiek de zorg komt leveren.
- + Medewerkers die fysiek minder belastbaar zijn binnen een team kunnen worden ingepland voor beeldzorg.
- + De beeldzorg wordt geleverd vanuit het eigen (wijk)team, waardoor er geen nieuwe afspraken en processen nodig zijn voor overleg en afstemming n.a.v. beeldzorg.

Nadelen

- Alle zorgverleners die beeldzorg leveren moeten een geschikt device hebben en een account voor de gebruikte beeldzorg applicatie.
- De organisatie van beeldzorg is meer uitdagend. Denk aan het inplannen van beeldzorg in de 'route' van de zorgverlener.
- Bij de planning van beeldzorg gesprekken moet rekening gehouden worden met waar de zorgverlener zich op dat moment op die dag bevindt. Een rustige omgeving waar de privacy van de cliënt wordt gewaarborgd is hierbij relevant. Evenals een goede internetverbinding.
- Een voorwaarde om op deze manier te kunnen werken is dat alle zorgmedewerkers vaardig zijn om beeldzorg toe te passen. Zowel technisch vaardig als vaardig in het voeren van een videogesprek.
- Het aantal beeldbelcontacten per zorgverlener is relatief laag, waardoor er waarschijnlijk verschillen ontstaan in de kwaliteit van het beeldzorgcontact.
- De afweging om beeldzorg door alle zorgverleners te laten inzetten en uitvoeren kan zijn dat het past in de visie van de organisatie dat een cliënt zo weinig mogelijk verschillende gezichten ziet.
- Als beeldzorg 'gewone' zorg is zou iedere zorgverlener dat moeten kunnen leveren en is het onderdeel van de werkzaamheden van een team.

Afwegingen

- > Dit scenario wordt vooral ingezet indien het contact met een vaste zorgverlener toegevoegde waarde heeft.

scenario 02

Beeldzorg wordt vanuit een centraal beeldzorgteam georganiseerd

Voordelen

- + Het voordeel is dat alle beeldzorggesprekken achter elkaar gepland kunnen worden.
- + Het beeldzorgteam is en raakt ervaren in het bieden van beeldzorg en het gebruik van de technologie.
- + Het beeldzorgteam belt vanaf een locatie die geschikt is voor het bieden van beeldzorg.
- + Het beeldzorgteam heeft een goede netwerkverbinding.
- + Het beeldzorgteam garandeert de privacy van de cliënt.
- + Het leveren van beeldzorg vraagt specifieke competenties die op deze manier goed kunnen worden getraind aan een specifieke groep zorgverleners.
- + Bij technische storingen zijn de zorgverleners van het beeldzorgteam goed op de hoogte hoe ze deze kunnen verhelpen of waar ze terecht kunnen voor support.
- + Het beeldzorgteam in de eigen organisatie werkt in het ECD.
- + Het beeldzorgteam heeft nauwe contacten met de wijkteams en kent de organisatie goed.

Nadelen

- Voor deze vorm van organiseren is wel een bepaald volume aan beeldzorgcliënten en beeldmomenten nodig om dit efficiënt in te richten.
- De zorgverleners in het beeldzorgteam maken geen onderdeel uit van het vaste wijkteam.
- De zorgverleners van het beeldzorgteam komen niet fysiek bij de cliënt langs op andere momenten.

Afwegingen

- > Deze organisatie van beeldzorg leent zich voor alle beeldzorggesprekken, waarbij niet persé de eigen zorgverlener van de cliënt het contact heeft.

Mogelijke tussenvormen De scenario's kunnen ook gecombineerd voorkomen. Zorgorganisatie Marente geeft aan: "Wanneer een cliënt naast wijkverpleging ook beeldzorg ontvangt, is de beeldzorgverlener juist onderdeel van het vaste wijkteam. Na het eerste huisbezoek komt de beeldzorgverlener niet meer thuis bij de cliënt, maar, omdat zij onderdeel zijn van het vaste wijkteam en nauw contact hebben met elkaar is dit geen nadeel." In het praktijkvoorbeeld van BrabantZorg (klik hier voor het praktijkvoorbeeld) wordt gewerkt met een externe beeldzorgcentrale voor geïndiceerde zorg, maar daarnaast wordt vanuit de wijkteams niet geïndiceerde beeldzorg ondersteund. Ook Amaris Zorggroep geeft aan met een combinatie van de scenario's te hebben: "Uitgangspunt is dat de cliënt altijd moet kunnen bellen en dan direct of binnen afzienbare tijd een reactie krijgt."

scenario 03

Beeldzorg wordt door een externe organisatie uitgevoerd (zorgcentrale of medisch service centrum)

Voordelen

- + Bij een zorgcentrale zijn 24/7 zorgverleners beschikbaar voor beeldcontact.
- + Een zorgcentrale wordt ook gebruikt voor geplande beeldcontacten, bijvoorbeeld tijdens piekuren in de ochtend of in de avond of voor welzijnsdiensten als 'goedemorgen/ goedenavond' beeldcontacten.
- + Bij elke cliënt kan individueel worden aangegeven welke afspraken er met de cliënt worden gemaakt. Belt de cliënt zelf in of wordt deze juist gebeld door de zorgcentrale. Dit kan doordat de centrale altijd bemenst is.
- + Ook kan beeldzorg worden ingezet bij opvolging van alarmeringen bij nachtzorg waar vaak een geruststellend gesprek via beeldzorg een bezoekje uitspaart.

Nadelen

- De medewerkers van de zorgcentrale komen uit een andere organisatie.
- De medewerkers van de zorgcentrale hebben mogelijk een regionaal accent wat niet overal in het land goed verstaan wordt.
- Er is minder verbinding met de organisatie waar de dienst aan wordt geleverd.
- Het kan zijn dat medewerkers van de zorgcentrale niet in het ECD kunnen.
- De verbinding met de wijkteams in de zorgorganisatie is minder goed. Afspraken over overleg en afstemming n.a.v. beeldzorg zijn nodig.




Afwegingen

- > Bij een zorgcentrale zijn medewerkers ervaren om beeldzorg gesprekken te voeren.
- > Bij een zorgcentrale is de werkomgeving ingericht om beeldzorg gesprekken te voeren.
- > Het inzetten van een beeldzorgcentrale ontlast de eigen organisatie. Hierdoor kan de 'vrijgevallen' tijd aan meer fysieke zorg of meer cliënten worden besteed.
- > Cliënten kunnen ook zelf contact opnemen met de zorgcentrale aangezien deze altijd bemenst is.
- > De cliënten krijgen te maken met verschillende gezichten van de beeldzorgcentrale naast de reguliere zorgverleners.
- > Een klein eigen beeldzorgteam is kwetsbaarder ten opzichte van een groot centraal beeldzorgteam bij een externe organisatie.
- > Avond- nacht- en weekendgesprekken kunnen ook worden ingepland.

5. Investerings in de beeldzorg

De benodigde investeringen van beeldzorg bestaan uit een aantal onderdelen. De hoogte van deze investeringen hangen af van de specifieke keuzes die organisaties maken. In dit hoofdstuk maken we onderscheid tussen kosten voor technologie, implementatie en organisatie.

In de tabel zijn de mogelijke kosten onderverdeeld in deze drie categorieën.

 Technologie	 Implementatie	 Organisatie
Aanschaf, huur of lease van devices	Leveren beeldzorg door medewerkers of externe inhuur	Inrichten organisatie en processen
Aansluit- en licentiekosten beeldzorgapplicatie	Training en ondersteuning medewerkers	Projectleider en -coördinatie
Installatie en beheer devices en beeldzorgapplicatie	Instructie en oefenen met cliënten	
Dataverbruik		



Technologie

Voor beeldzorg is een device nodig, een beeldzorgapplicatie en een internetverbinding. Er zijn verschillende devices in de markt te verkrijgen die goed geschikt zijn voor de cliënten in de thuiszorg om beeldzorg over te leveren. Veelal worden hier tablets voor ingezet. Eenvoud in gebruik en overzicht op het scherm (user interface/gebruikersomgeving) wordt veelal als prettig ervaren. Uiteraard verschilt deze behoefte per cliënt en is mogelijk afhankelijk van de digitale vaardigheden van de cliënt. Prijzen van tablets lopen uiteen. Let op dat verouderde versies van devices soms maar beperkt updates kunnen doorvoeren waardoor de technische bruikbaarheid soms korter is. Het is belangrijk vooraf te weten in hoeverre cliënten beschikken over een geschikt device, een internetverbinding en hoe digitaal vaardig zij zijn.

Voor een overzicht van de verschillende keuzemogelijkheden en overwegingen verwijzen we naar de [keuzehulp beeldschermzorg](#). Deze is ontwikkeld met input vanuit de Fasttrack Beeldschermzorg. Hieronder gaan we in op de verschillende opties vanuit kostenperspectief.

Aanschaf, huur of lease van devices

Mogelijkheden voor de inzet van devices zijn:

1. Bring Your Own Device (BYOD):

voorwaarde voor deze optie is dat cliënten beschikken over een eigen device dat geschikt is om daarop een beeldzorgapplicatie te gebruiken. Voordeel is dat er voor de zorgorganisatie geen kosten verbonden is aan het gebruik van het device. Uitdaging is het beheer van deze devices en het verlenen van support. Zorgorganisaties die met deze optie werken geven aan een combinatie te maken van BYOD en het uitlenen van devices aan cliënten die hier niet zelf over beschikken.

2. Device of table in bruikleen:

als de cliënt geen of geen geschikt device heeft kan vanuit de zorgorganisatie een device worden aangeboden. Met een indicatie voor beeldzorg worden devices vaak verstrekt door zorgorganisaties o.a. vanuit subsidies en het tarief voor de prestatie zorgtechnologie. Voordeel is dat de zorgorganisatie invloed heeft op het type device, beheer, support en netwerkverbinding. Een nadeel zijn de hoge kosten voor de zorgorganisatie als de bekostiging niet toereikend is.

3. Device aanschaffen via een ledenservice-organisatie:

Een device kan soms door de cliënt met steun van een ledenserviceorganisatie worden aangeschaft door de cliënt. Dit brengt lagere of geen kosten voor de zorgorganisatie met zich mee. Soms wordt een device tijdelijk verstrekt, waarna een cliënt het device kan overkopen.

Bij het aanbieden van devices vanuit de zorgorganisatie zijn er voor de organisatie verschillende opties:

- > **Aanschaf devices:** let op dat wanneer devices door de zorgorganisatie worden aangeschaft ze ook moeten worden afgeschreven. Ergens moeten ze vanwege veroudering of slijtage worden vervangen. Denk na over verzekering en servicelevels op kapot gaan of technische mankementen in de afspraken die gemaakt worden met de leverancier voor de devices. Een aantal leveranciers biedt devices aan met eenmalige aanschaf waarbij overige kosten apart in rekening worden gebracht.
- > **Huur:** soms wordt een tablet voor een huurprijs per maand 'all inclusive' aangeboden. Het voordeel is dat alles geregeld wordt door de leverancier. Het nadeel is vaak een hoge prijs per maand en geen mogelijkheid voor de organisatie zelf inrichting, beheer en support taken op zich te nemen. Ook keuzevrijheid in software is vaak beperkt in deze constructie.
- > **Lease/operational lease:** het grootste verschil met huur is dat er bij operational lease een aankoop-optie is. Kies je voor operational lease, dan huur je een tablet van de leasemaatschappij en betaal je een vast bedrag per maand. Aan het einde van de operational leaseperiode kun je ervoor kiezen om de tablet terug te geven, over te kopen of om de operational lease (huur) te verlengen. Bij operational lease is de leasemaatschappij de eigenaar van de tablet. In het geval van operational lease zou een VVT-organisatie aan het eind van de leaseperiode ook de cliënt de optie kunnen bieden de tablet over te nemen.

Aansluit- en licentiekosten beeldzorgapplicatie

Er zijn verschillende leveranciers van softwareapplicaties voor beeldzorg in de markt. Veelal zijn de applicaties ook geschikt voor BYOD (Bring Your Own Device). Echter een aantal leveranciers levert de software alléén in combinatie met hardware. Business-/prijsmodellen verschillen en prijzen lopen enorm uiteen. Softwareapplicaties kennen vaak een licentiemodel waarbij leveranciers verschillende businessmodellen hanteren. Zo kan het zijn dat je een bedrag betaalt per aangesloten medewerker per maand. Het aantal aangesloten cliënten en mantelzorgers is dan kosteloos. Er zijn ook modellen waarbij je betaalt voor aangesloten medewerkers én aantal aangesloten cliënten. Licentieprijzen per maand kunnen afhankelijk van hoe de organisatie beeldzorg wil organiseren en hoeveel aansluitingen zij wenst dus behoorlijk uiteenlopen.

Installatie en beheer devices en beeldzorgapplicatie

De installatie van devices, aansluiten van cliënten en het beheer van de devices en de beeldzorg applicatie kan door zorgaanbieders zelf worden gedaan, de leverancier of een externe partij.

Installatie en de-installatie van devices wordt door een aantal leveranciers ook aangeboden als dienst. Kosten liggen vaak zo rond de 70 à 80 euro voor installatie en uitleg en rond de 50 à 60 euro voor het ophalen en refurbishen van het device. Organisaties kunnen er ook voor kiezen de installatie en de-installatie zelf te organiseren. Zo kunnen volledig ingerichte devices meegegeven worden aan de zorgverlener die toch al bij de cliënt komt.

Indien devices centraal worden beheerd zijn er kosten verbonden aan het gebruik van software voor Mobile Device Management. Indien de devices niet centraal beheerd worden, kost dit meer tijd om devices individueel te beheren en updaten.

Speciale devices voor minder digitale doelgroepen

De meeste beeldzorgapplicaties kunnen worden gebruikt op een reguliere smartphone of tablet. Er zijn echter ook devices beschikbaar voor specifieke doelgroepen, zoals een seniorentablet met software voor beheer op afstand. Deze worden ingezet voor mensen voor cliënten met mindere digitale vaardigheden of mensen met een milde cognitieve beperking of milde dementie. Mantelzorgers kunnen bijvoorbeeld ondersteunen bij het gebruik door beheer op afstand. Een overweging hierbij is een doelgroep te kunnen bereiken die anders geen gebruik (meer) kan maken van een device of tablet.

Dataverbruik

Als er Wi-Fi aanwezig is in de woning van de cliënt of als er vanuit de zorgorganisatie wordt gestimuleerd c.q. vereist wordt dat een cliënt zelf een wifiverbinding heeft, is het goed mogelijk het device aan te (laten) sluiten op het wifinetwerk van de cliënt. Als er geen netwerkverbinding aanwezig is in de woning van de cliënt en de cliënt wil of kan dit ook niet aanschaffen, kan een zorgorganisatie overwegen om een simkaart met 4G te verstrekken of een MIFI-router met SIM. Dit zorgt voor extra gemak voor de cliënt en de mogelijkheid snel te kunnen starten met beeldzorg. Let wel op dat tablets die geschikt zijn voor een simkaart vaak duurder zijn en dat de simkaart/databundels ook kosten met zich meebrengen. Beeldzorgverbindingen zorgen over het algemeen voor veel dataverbruik.



Implementatie Leveren van beeldzorg

De belangrijkste kosten bij het in gebruik nemen van beeldzorg betreft de inzet van interne of externe medewerkers voor het leveren van beeldzorg. De verschillende mogelijkheden hiervoor zijn uitgebreid beschreven in hoofdstuk. Indien gekozen is voor de inzet van interne medewerkers kunnen mogelijk nog investeringen nodig zijn in hardware, software of een geschikte werkplek.

Training en ondersteuning medewerkers

Wanneer alle zorgverleners in de organisatie beeldzorg leveren, moeten deze medewerkers ook getraind worden om vaardig te zijn. Het gaat hierbij niet alleen om de technische aspecten van het bedienen van het device en het werken met de applicatie, maar ook om het voeren van een gesprek via videobellen. Goed instructiemateriaal, videofilmjes met uitleg, handleidingen en goede uitleg zijn belangrijk. Daarnaast kunnen ambassadeurs, zoals een iNurse, of digicoaches medewerkers ondersteunen bij het werken met beeldzorg. Voor meer info over digicoaches en iNurse verwijzen we naar de website digivaardiginzorg.nl.

Ook een goede instructie c.q. training van de beheerders van de hardware en beeldzorgapplicatie in de zorgorganisatie is van belang om vragen die binnen de organisatie ontstaan vanuit medewerkers over de gebruikte beeldzorgapplicatie en devices goed te kunnen beantwoorden. Functioneel beheer en inrichting van de applicatie moet goed aansluiten bij de organisatie.

Instructie en oefenen met de cliënt

Het is van belang om cliënten een goede instructie of training te geven als de organisatie start met beeldzorg. Instructiefilmjes, handleidingen, maar vooral een goede uitleg bij de start waarbij cliënten even kunnen oefenen als dit nodig is, maakt het kansrijker dat beeldzorg een succes wordt. Het is belangrijk de cliënt te blijven ondersteunen totdat deze voldoende vertrouwen heeft. Het betrekken van de mantelzorger bij de instructie en het oefenen kan hieraan ook bijdragen.

Daarnaast kunnen cliënten ook verwezen worden naar initiatieven die inzetten op het ondersteunen van digitale vaardigheden. Denk aan bibliotheken en buurtcentra met inloopruimtes voor het gebruik van de tablet of SeniorWeb.nl die senioren wegwijs maakt in de digitale wereld. Ook worden vanuit Ledenservice organisaties soms tablet-cursussen aangeboden.



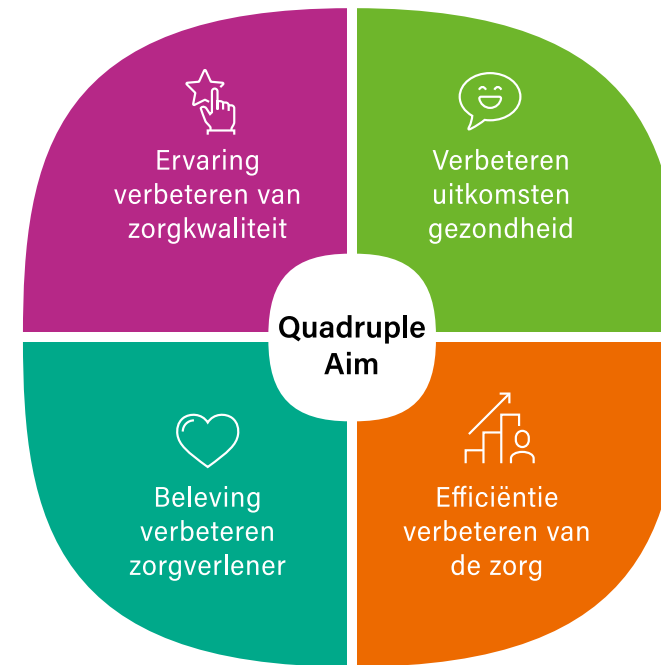
Organisatie

Voor het opstarten van beeldzorg is een tijdelijke projectorganisatie nodig voor het proces van contractering, installatie en beheer, inrichten organisatie, uitwerken zorgprocessen en organiseren van support, logistiek en administratie. Het betreft hier vooral inzet van personeel (fte's) en infrastructuur voor het kunnen leveren van beeldzorg. Hierbij zijn intern meerdere afdelingen betrokken. Denk aan ICT, facilitair, HR, administratie en inkoop. Als de processen zijn ingericht zal er coördinatie nodig blijven.

Leveranciers van devices leveren in een aantal gevallen ook beheer en supportdiensten aan. Er zijn ook zorgorganisaties die dit beheer en support zelf organiseren of dit in samenwerking doen met leveranciers of externe ICT-supportorganisaties. Niet alle leveranciers van devices bieden de mogelijkheid aan organisaties het beheer en support in de eigen organisatie te beleggen.

6. Maatschappelijke opbrengsten

De opbrengsten van beeldzorg zijn afhankelijk van het doel waarmee beeldzorg wordt ingezet, de doelgroep(en) en de manier waarop beeldzorg wordt ingevuld. Dit heeft invloed op welke uitkomsten en effecten die je mag verwachten. In dit hoofdstuk schetsen we een algemeen beeld van de baten van beeldzorg.



Doelen quadruple aim

We gebruiken de doelstellingen van Quadruple Aim als basis.

- > Verbeteren ervaren kwaliteit van zorg.
- > Verbeteren uitkomsten gezondheid.
- > Verbeteren beleving zorgverlener.
- > Verbeteren efficiëntie van zorg.

De mogelijke opbrengsten per doelstelling zijn hieronder benoemd. Deze doelstellingen kunnen afhankelijk van de situatie worden geselecteerd en gespecificeerd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het uitwerken van opbrengsten voor specifieke doelgroepen.

Verbeteren ervaren kwaliteit van zorg

- > Beter aansluiten op de behoefte van de cliënt.
- > Ervaren veilig gevoel en vertrouwen in de zorg door cliënten en mantelzorgers.
- > Beeldzorg levert een positieve bijdrage aan het contact tussen zorgverlener en cliënt.
- > Ondersteuning van de mantelzorgers.
- > Beeldzorg is flexibeler en meer op maat in te plannen.
- > Beeldzorg biedt extra mogelijkheden voor zorg aan de cliënt.
- > Ondersteuning bij en meekijken met lastige handelingen voor cliënten en mantelzorgers.
- > Zorg is op afroep beschikbaar.
- > Preventieve inzet van beeldzorg.



Verbeteren uitkomsten gezondheid

- > Verbeteren zelfredzaamheid cliënt.
- > Langer zelfstandig thuis blijven wonen.
- > Meer zelfvertrouwen bij de cliënt.
- > Trots op eigen kunnen.
- > Vergroten netwerk van de cliënt en verminderen eenzaamheid.
- > Beter monitoring en vroeg-signalering bij cliënt.
- > Ondersteuning rol mantelzorg.
- > Verbeteren autonomie en welzijn cliënt.



Verbeteren beleving zorgverlener

- > Tijd en plaats onafhankelijk contact op kunnen nemen.
- > Inzet medewerkers voor beeldzorg die minder (fysiek) belastbaar zijn.
- > Een lagere belasting op de medewerkers in de wijkteams, omdat een aantal zorgmomenten via beeldzorg wordt geleverd.
- > Zorg op het juiste moment kunnen leveren.
- > Controle bij niet pluis gevoel of situatie.

Verbeteren efficiëntie van de zorg

- > Efficiëntere planning van zorgmomenten.
- > Meer flexibiliteit in de planning.
- > Verlagen reistijd en reiskosten.
- > Snellere afbouw van fysieke zorg.
- > Substitutie van fysieke zorgmomenten.
- > Voorkomen crisisopname of ziekenhuisopname.



Het meten van opbrengsten

Om de verschillende opbrengsten in kaart te kunnen brengen is het belangrijk om het effect van beeldzorg te evalueren op de verschillende doelstellingen. Hiervoor kunnen zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden worden ingezet.

Het is van belang om samen met betrokken financiers (zorgkantoor, zorgverzekeraar en/of gemeente) vooraf afspraken te maken op welke wijze de resultaten in kaart worden gebracht. Met andere woorden; Hoe meten we bijvoorbeeld een betere gezondheid? Hoe meten we eventuele besparingen? Kijken we daarvoor naar de productiecijfers van de zorgorganisatie en/of naar de declaratiedata? Hoe maken we het verschil inzichtelijk dat de inzet van beeldzorg maakt?

Om de kwalitatieve opbrengsten goed in kaart te brengen kan een 0-meting, een tussentijdse meting en een eindmeting gehouden worden. Dit kan

Mogelijke onderwerpen voor kwalitatieve evaluatie:

- ✓ Ervaren kwaliteit van zorg
- ✓ Cliënttevredenheid
- ✓ Zelfredzaamheid
- ✓ Gevoel van veiligheid
- ✓ Verschraving van zorg
- ✓ Ontlasting van mantelzorg
- ✓ Ontlasting zorg
- ✓ Medewerkerstevredenheid
- ✓ Bruikbaarheid toepassing
- ✓ Doelmatigheid
- ✓ Betrouwbaarheid zorgproces
- ✓ Minder kans op fouten

gedaan worden met vragenlijsten of interviews. Het is zo ook mogelijk om de verschillende stakeholders in het project te bevragen om zo een breed beeld van de ervaringen op te halen.

De kwantitatieve baten betreffen vaak besparingen, deze kunnen in kaart gebracht worden door productiecijfers, leverschema's en/of declaratiedata te vergelijken op het niveau van de individuele cliënt. Echter uit de data is soms niet zuiver te achterhalen wat de directe invloed van de inzet van technologie is geweest op de inzet van het aantal zorguren of zorgmomenten. Dit heeft er veelal mee te maken dat zorgzwaarte in de loop van de tijd kan toenemen of afnemen.

Tips t.a.v. het meten van opbrengsten:

- > Als vooraf geen duidelijke, gezamenlijke afspraken zijn gemaakt over welke opbrengsten te waarderen, welke meetinstrumenten of cijfers te gebruiken en hoe die te interpreteren kan dit leiden tot een lastige discussie achteraf. Dit zal de besluitvorming over structurele bekostiging hinderen. Dus: maak hierover zo snel mogelijk afspraken met de betrokken/beoogde financiers.
- > Vanuit de (reguliere) SET moeten aanvragers rapporteren op de realisatie van doelstellingen, zoals de toegevoegde waarde voor cliënt, mantelzorg en professional en op de gerealiseerde besparingen. Zie hiervoor de SET-voorwaarden. De indicatoren en meetinstrumenten hiervoor zijn niet voorgeschreven.
- > Ook hiervoor geldt dus: maak hierover zo snel mogelijk in het project afspraken in het innovatiecluster.
- > Wij zien veel behoefte aan meer uniformiteit in het meten van opbrengsten, indicatoren, vragenlijsten en databronnen. Deelnemers aan SET-up delen kennis en ervaringen in het online leernetwerk. In het online leernetwerk zijn voorbeelden terug te vinden van vragenlijsten die SET-up deelnemers gebruiken, links naar webinars over het evalueren en monitoren van e-health en uitwisseling van ervaren effecten.
- > In het onderzoeksproject [Waardemodel e-health](#) ontwikkelden CZ, Erasmus School of Health Policy & Management, Vilans en Tranzo een integraal model dat alle kosten en inspanningen afzet tegen alle baten en opbrengsten, voor verschillende stakeholders.


7. Bekostiging beeldschermzorg

Voor de inzet van beeldzorg is het mogelijk om gebruik te maken van de ruimte in de reguliere bekostiging met uurtarieven, weektarieven of maandtarieven. In dit hoofdstuk schetsen we de verschillende mogelijkheden en uitdagingen op het gebied van bekostiging.

Huidige mogelijkheden

De NZa geeft aan dat beeldschermcommunicatie en telefonische contacten ook onderdeel uitmaken van het uurtarief voor directe contacttijd met een cliënt. Over de kosten voor technologie, implementatie en organisatie van beeldschermzorg kunnen aanvullende afspraken worden gemaakt. Denk hierbij aan afspraken over de prestatie thuiszorgtechnologie of andere specifieke contractafspraken.

Een overzicht van de verschillende mogelijkheden is terug te vinden in de [wegwijzer bekostiging digitale zorg](#) van de NZa. De wegwijzer is bedoeld als hulpmiddel in het gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het financieren van digitale zorg.



Voor de inzet van niet geïndiceerde beeldzorg, zoals sociale beeldzorg, kan geen aanspraak worden gemaakt op financiering vanuit de Zvw. Het is een uitdaging voor zorgorganisaties om hier financiering voor te vinden. Er zijn voorbeelden bekend waarin voor dit type beeldzorg afspraken worden gemaakt met de gemeente vanuit de WMO. Bijvoorbeeld als de inzet van beeldzorg bijdraagt aan eenzaamheidsbestrijding.

Prestatie thuiszorgtechnologie

Tot 2019 bestond het bekostigingsmodel uit een extra vergoeding (in het geval van beeldschermzorg: 4 uur per maand, farmaceutische telezorg 2,5 uur per maand) voor de inzet van telezorg, bovenop de daadwerkelijke uren contacttijd.

Per 1 januari 2020 is deze mogelijkheid op twee punten verruimd en vereenvoudigd. Er is voortaan sprake van nog maar één prestatie thuiszorgtechnologie in de wijkverpleging die niet het soort zorgtechnologie voorschrijft. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder mogen samen bepalen welke thuiszorgtechnologie voor welke cliënt wordt ingezet. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een afspraak over een extra vergoeding bovenop de directe contacttijd met de cliënt voor bijvoorbeeld sensoren in de thuissituatie die het langer thuis wonen mogelijk maakt.

Ook de kosten voor de inzet van een deskundige die met thuiszorgtechnologie op afstand meekijkt, vallen onder deze aanvullende vergoedingsmogelijkheid. Ook valt te denken aan kosten zoals:

Tip van een SET-up deelnemer: *"Het kan helpen voor de businesscase om de gemiddelde maandkosten per cliënt te berekenen en vervolgens terug te rekenen hoeveel zorgmomenten je daarvoor zou moeten substitueren om break-even te draaien. Je kunt dit vrij eenvoudig afzetten tegen het uurtarief van een wijkverpleegkundige/wijkverzorgende. Dit geeft wat indicatie van wat nodig is en kan input leveren voor de inclusiecriteria. Het vinden van een break-even point helpt ook; wij hebben gezien dat de besparing pas echt in beeld komt op het moment wanneer je verder opschaaft. Een pilot is veelal niet rendabel, dus zoeken naar dit punt kan helpen."*

- > Aanschaf/huur, installatie, (preventief) onderhoud en storingsonderhoud van het digitale middel.
- > Beschikbaarheid van de achterwachtfunctie.
- > Telefonische controles in geval van falen van apparatuur.
- > Verwerken van uitgiften en signaleringen.
- > Abonnementsgelden.

Per cliënt die door middel van thuiszorgtechnologie zorg ontvangt, kan per 2020 maximaal 6,5 uur per maand tegen maximaal het afgesproken tarief van verpleging en/of persoonlijke verzorging worden gedeclareerd. Directe contacttijd die nodig is bij thuiszorgtechnologie kan via de reguliere prestaties gedeclareerd worden. Ook kan overeengekomen worden om bijvoorbeeld hardware niet te vergoeden, als de cliënt hier al over beschikt (zoals een mobiele telefoon of tablet). In tegenstelling tot de Wlz, valt toezicht op cliënten (personenalarmering) niet onder de Zvw en daarmee ook niet onder de prestatie van thuiszorgtechnologie.

Het principe van 'shared savings'

Belangrijk bij de prestatie thuiszorgtechnologie is dat het uitgaat van gezamenlijke bespaarde kosten – het zogenaemde 'shared savings'-principe. Een maatschappelijke businesscase voor zorgtechnologie laat vaak zien dat het de zorgorganisatie is die investeert, maar dat de opbrengsten van de technologie landen bij een aantal financiers naast de zorgorganisatie zelf. De opbrengsten landen bij de cliënten en financiers zoals de zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente. De prestatie thuiszorgtechnologie is te zien als een soort

'terugploeg'-regeling van de zorgverzekeraar en het zorgkantoor (bij Wlz, Modulair Pakket Thuis) naar de investerende zorgorganisatie.

Binnen de prestatie thuiszorgtechnologie is voor zorgverzekeraars vooral de besparing op zorginzet belangrijk. Als voor beeldzorg bijvoorbeeld 4 uur per maand per cliënt wordt gedeclareerd wordt in principe verwacht dat – op termijn – hetzelfde aantal uren per maand op zorginzet wordt bespaard. De zorgtechnologie mag in principe niet gestapeld worden bovenop de bestaande zorginzet, het zou moeten leiden tot zodanige aanpassingen in het zorgproces dat er per maand net zo veel tijd bespaard wordt als er uren worden gedeclareerd.

Daarom is in het kader van de prestatie thuiszorgtechnologie en in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar het instrument maatschappelijke businesscase van belang. Een kernpunt voor de zorgverzekeraar van een dergelijke businesscase is gelegen in de te kwantificeren opbrengst urenbesparing op zorginzet per maand door bijvoorbeeld verminderd huisbezoek. Dit is een type te kwantificeren opbrengst die landt bij de zorgverzekeraar en die vervolgens teruggeploegd kan worden naar de zorgorganisatie. Het risico van deze benadering door de zorgverzekeraars is dat andere meer 'zachte' opbrengsten van beeldzorg zoals de kwaliteitswinst naar de achtergrond verschuiven.

Afspraken maken met zorgverzekeraars

Hoewel er verschillende mogelijkheden zijn om afspraken te maken over bekostiging, wordt dit in de praktijk lang niet altijd gedaan. In de praktijk blijkt dat er grote verschillen tussen zorgverzekeraars zijn over welke afspraken ze maken over de vergoeding van beeldzorg. Daarnaast zijn er met sommige zorgverzekeraars ook afspraken over integrale week- of maandtarieven per cliënt. De vergoeding van beeldzorg moet dan onderdeel zijn van deze integrale afspraken.

In 2020 is er vanuit SET-up veel aandacht besteed aan het proces om te komen tot afspraken over structurele bekostiging. De volgende leermiddelen zijn beschikbaar via het [online leernetwerk](#) en de website:

- > [Webinarreeks](#) structurele bekostiging: 4 afleveringen.
- > [Infographic](#) met overzicht verschillende stappen, perspectieven en praktische tips.
- > [Blogreeks](#) structurele bekostiging: 6 blogs
- > [Stappenplan contractering](#): overzicht van verschillende stappen en tips om in gesprek te gaan over structurele bekostiging.

8. Uitdagingen

Hoewel steeds meer thuiszorgorganisaties aan de slag gaan met de inzet van beeldzorg en er meer mogelijkheden ontstaan voor de bekostiging, is het nog steeds zoeken naar een eenduidige maatschappelijke business case en hierbij passende contractering. Hieronder sommen we de belangrijkste uitdagingen op.

Verschillende scenario's

De maatschappelijke business case beeldschermzorg bestaat niet. Er zijn allerlei variabelen die invloed hebben op zowel de benodigde investeren als de te verwachten opbrengsten. Denk aan verschillen in doel, doelgroep en de organisatie van beeldzorg. Het is belangrijk om deze uitgangspunten voor de maatschappelijke business case vooraf goed te bepalen of te werken met verschillende scenario's.

Hoge kosten technologie

De kosten bestaan voor een groot deel uit de kosten voor technologie: hardware en software. De eenmalige kosten voor het opstarten van beeldzorg per cliënt zijn relatief hoog. Het verstrekken van een device is hierbij de grootste kostenpost. Daarnaast is er sprake van maandelijkse kosten voor het gebruik van de beeldzorgapplicatie, het beheer van het device en indien de cliënt geen internet heeft ook kosten voor het gebruik van data.

Kwalitatieve opbrengsten moeilijk meetbaar

De kwalitatieve opbrengsten, zoals kwaliteit van leven, ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning van de wijkteams, zijn moeilijk in waarde uit te drukken. Alleen besparingen in fysieke zorg en in reistijd- en kosten kunnen goed worden meegenomen in de (financiële) business case. Het risico is dat de kwaliteitswinst naar de achtergrond verschuift.

Onzekerheid in aannames inzet en substitutie

De inzet van beeldzorg en het effect ervan op afbouw van fysieke zorg verschilt veel tussen cliënten. Bijna iedere casus is net weer even anders. Dit zorgt momenteel nog voor veel onzekerheid in de aannames over de inzet van beeldzorg en de besparing op fysieke zorg. Het is wenselijk de aannames daarom steeds in de praktijk te toetsen en steeds verder aan te scherpen.

Opschalen van beeldzorg

Op dit moment wordt beeldzorg vaak nog in pilots of vanuit subsidieprojecten ingezet. Hierdoor zijn de aanloopkosten hoog en de te verwachten opbrengsten door beperkt aantal cliënten nog laag. Het is belangrijk voor een positieve maatschappelijke business case om beeldzorg toe te werken naar structurele opschaling en efficiënte inrichting van de processen en organisatie van beeldzorg.

Financiering technologie, implementatie en organisatie

De kosten voor het opstarten, organiseren en coördineren van beeldzorg worden nu vaak vanuit subsidies, zoals de SET-subsidie, bekostigd. Maar ook voor de structurele inzet van beeldzorg blijft naar verwachting een extra investering nodig voor de techniek, infrastructuur, ondersteuning en het leveren van beeldzorg. Door de coronacrisis zijn veel organisaties gestart met het aanbieden van beeldzorg met behulp van subsidie. Het aflopen van deze subsidie vormt een risico als er niet tijdig afspraken worden gemaakt over vervolffinanciering.

Verschillende afspraken per zorgverzekeraar

De meeste zorgaanbieders hebben te maken met verschillende zorgverzekeraars. De afspraken over de vergoeding van beeldzorg verschillen vaak per zorgverzekeraar. Een deel van de zorgverzekeraars maakt gebruik van de prestatie zorgtechnologie, maar hier zijn vervolgens verschillen zichtbaar in het aantal uur dat per maand wordt vergoed. Daarnaast werken andere zorgverzekeraars met integrale tarieven (week- en maandtarieven) waarin de vergoeding van beeldschermzorg onderdeel is van het totaalbedrag. De verschillende afspraken met zorgverzekeraars zorgen voor verschillen in vergoeding per cliënt. Dit maakt de maatschappelijke business case nog eens extra ingewikkeld.

9. Vervolgstappen

Een maatschappelijke business case beeldzorg geeft meer inzicht in wat er nodig is binnen de organisatie om beeldzorg structureel in te zetten en in te bedden in de reguliere bedrijfsvoering. In het vorige hoofdstuk benoemden we een aantal uitdagingen die je tegenkomt bij het opstellen van de maatschappelijke business case. Hieronder geven we een aantal aanbevelingen voor vervolgstappen om de maatschappelijke business case beeldzorg in de toekomst verder aan te scherpen en te versterken. Vanuit SET-up zullen we ons inzetten om een aantal van deze vervolgstappen te faciliteren.

Uitwisselen voorbeelden

De uitgangspunten in deze publicatie worden per organisatie anders ingevuld. Het is wenselijk om concrete voorbeelden van maatschappelijke business cases beeldzorg uit te wisselen en op basis hiervan de uitgangspunten te toetsen en aan te scherpen. Hierbij is het wenselijk ook inzicht te krijgen in de kosten en baten voor verschillende doelen en doelgroepen van beeldzorg.

Kwaliteitswinst beter in beeld brengen

Er is behoefte om meer inzicht te geven in de kwaliteitswinst van beeldzorg voor cliënten, mantelzorgers en zorgmedewerkers, zodat deze kwaliteitswinst ook meegenomen kan worden in de maatschappelijke business case. Hiervoor is inzicht nodig in geschikte indicatoren en evaluatiemethodieken. Hierbij is ook aandacht nodig voor de opbrengsten op (middellange) termijn.

Uitwerking voor verschillende beeldzorgoplossingen

Er wordt in de wijkverpleging veel ingezet op specifieke oplossingen voor minder digitaal vaardige ouderen. Deze oplossingen zijn vaak duurder door de inzet en beheer van specifieke devices. Een aantal organisaties is momenteel aan het verkennen op basis van het niveau van digivaardigheden welke beeldzorgoplossing geschikt is voor welke type cliënt. Hier liggen kansen om de kosten te verlagen. Zeker als er ook nog eens gebruik kan worden gemaakt van de mogelijkheid van Bring Your Own Device (BYOD).

Regionale samenwerking

Verschillende zorgsectoren zijn bezig met het implementeren van beeldzorg, denk aan fysiotherapeuten, huisartsen, welzijnsorganisaties en ziekenhuizen. Het is vanuit het perspectief van de cliënt onwenselijk om straks per aanbieder gebruik te maken van verschillende beeldzorgoplossingen en devices. Het is interessant om te verkennen op welke wijze organisaties in de regio hierop kunnen samenwerken. Hierbij kan ook worden gekeken naar gezamenlijke afspraken techniek, beheer, infrastructuur en support. Dit leidt tot betere gebruikservaring bij cliënten en medewerkers.

Meer zicht op contractering zorgverzekeraars

Er is behoefte aan meer inzicht en uitwisseling in hoeverre zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over de inzet van beeldzorg en hoe dit proces verloopt. Vanuit SET-up liggen er kansen om hier onderling meer over uit te wisselen. Als vervolg op het stappenplan contractering zullen we een aantal voorbeelden van contracteringsafspraken in kaart brengen en in het leernetwerk delen.

Integrale business case zorgtechnologie

Deze publicatie richt zich alleen op de maatschappelijke business case beeldzorg. Vaak worden binnen één organisatie meerdere e-healthtoepassingen ingezet vanuit een bepaalde visie. Zo zien we dat beeldzorg vaak in combinatie met een medicatiedispenser of een dagstructuurrobot kan worden ingezet om cliënten thuis te ondersteunen. Deze verschillende toepassingen kunnen elkaars effect versterken en ook de maatschappelijke business case sterker maken. Het is wenselijk om dit 'stapeffect' van gebundelde e-health-technologie inzichtelijk te kunnen maken.

Bijlage 1: Impact map

	Wie zijn betrokken? Welke aantallen?	Wat is de inbreng per stakeholder? In uren, geld, anders? Welke periode?	Welke activiteiten onderneemt de stakeholder?	Wat is het direct meetbare resultaat van deze activiteiten?	Wat is de uitkomst voor de stakeholder?	Hoeveel was toch al gebeurd? Wat is toe te schrijven aan anderen?	Hoe waarden we de uitkomst? Hoe moneteriseren we?
	Stakeholder	Input	Activity	Output	Outcome	Impact	Indicators en waarden
Gebruikers, patiënten, mantelzorgers							
Zorgaanbieders (VVT, eerstelijns, ziekenhuis, GGZ, paramedisch, ...)							
Zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeente							
Overheid							
Ontwikkelaar, onderzoeksorganisatie							
Totaal							

De Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) is een regeling voor aanbieders van zorg of ondersteuning die met een inkoper willen samenwerken aan het opschalen én borgen van bestaande eHealthoplossingen. Onderdeel van de regeling is het ondersteuningsprogramma: SET-up. Dit programma wordt verzorgd door VitaValley en biedt praktische ondersteuning en helpt bij kennisuitwisseling tussen regionale initiatieven. Hiermee zet de regeling extra in op het versnellen van de leercurve en het verbreden van kennis over de implementatie en het gebruik van e-health. Deze publicatie is onderdeel van SET-up. Meer informatie over dit programma, praktijkvoorbeelden en publicaties zijn te vinden op de [website van VitaValley](#).



Met inbreng van Amaris Zorggroep, Carinova, KwadrantGroep, Marente, Sensire, TSN Thuiszorg en Vilans.

Auteurs: Kitty de Jong en Janneke de Groot

Contact naar aanleiding van deze publicatie: setup@vitavalley.nl