



Dit levert het op!

Virtuele Thuiszorg Nederland

Virtuele Thuiszorg Nederland biedt een totaaldienst aan gericht op mensen die extra zorg of hulp nodig hebben in het behouden van hun zelfstandigheid, veiligheid, gezondheid en welzijn. De dienstverlening moet er tot leiden dat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Tevens moet het er toe leiden dat er minder beroep wordt gedaan op de eerste en tweede lijn zorg én moet de eerste mantelzorger worden ontlast. Hieronder zijn de opbrengsten van Virtuele Thuiszorg Nederland uiteengezet.

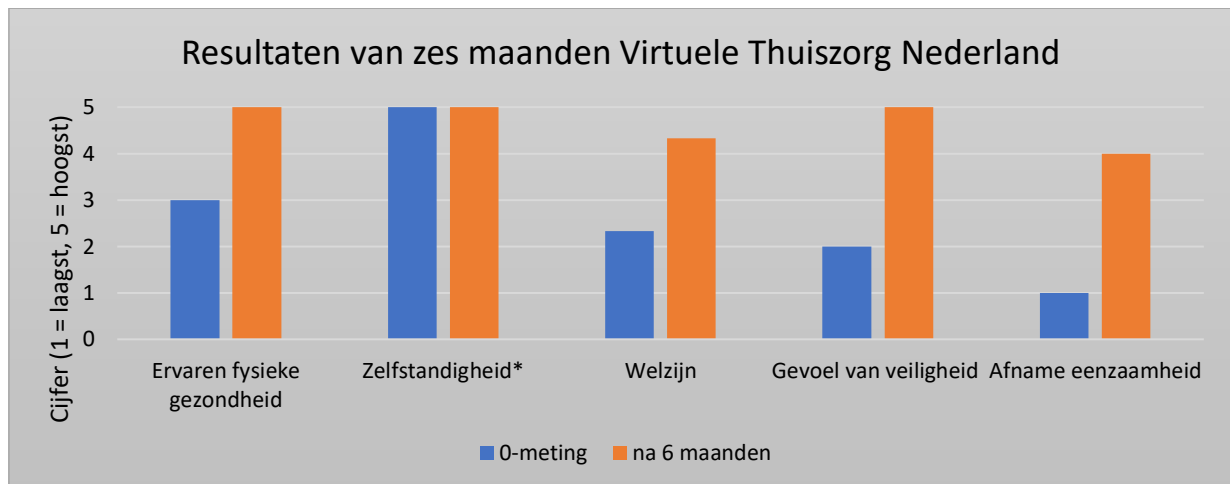
Afname valincidentie

Eén op de drie thuiswonende ouderen (65+) valt minstens eenmaal per jaar. Bij ouderen in een verpleeghuis ligt dit aantal zelfs op 50%. Er zijn hiermee ruim 1 miljoen geregistreerde¹ valpartijen per jaar in Nederland. Letsels ten gevolge van valpartijen zijn een belangrijke oorzaak van ongezonde levensjaren bij ouderen. Jaarlijks 89.000 ouderen moeten worden behandeld op de spoedeisende hulp ten gevolge van een val. Een derde van de ouderen geeft aan lichamelijk en/of sociaal minder actief te zijn sinds een laatste val. Dit kan het verlies van zelfstandigheid als gevolg hebben. De totale directe zorgkosten van een valpartij zijn gemiddeld 3400 euro (NVKG, 2004). Uit cijfers van het CBS (CBS, 2017) blijkt dat er steeds meer mensen overlijden ten gevolge van een val. In totaal overleden er 3884 inwoners van Nederland in 2016 als gevolg van een val. Sinds 1998 groeit dit aantal al. De kans op het overlijden na een valpartij neemt toe met de leeftijd.

Valangst wordt gezien als een belangrijke risicofactor op een daadwerkelijke valpartij. Een onderzoek in Limburg onder 4000 ouderen (Lugtenberg, M.; v.d. Sman, C., 2013) toont aan dat 54% van de ouderen in meer of mindere mate bang zijn voor een valpartij. Dit is 44% bij de ouderen die de afgelopen 6 maanden geen valpartij hebben meegemaakt. Het grootste risico op vallen is een verminderde mobiliteit (Habets, H., 2010).

Virtuele Thuiszorg Nederland, in combinatie met Lea zorgrobot, kan worden ingezet als valpreventie. Lea is een zorgrobot, welke lijkt op een rollator, die kan ondersteunen in ADL. Het kan mensen met een mobiliteitsprobleem vertrouwen geven. De angst om te vallen wordt weggenomen door de inzet van alarmsystemen, waarmee zowel handmatig als automatisch alarm geslagen kan worden bij een valpartij. Hulpmiddelen (34,7%) en Alarmeringen (27%) zijn de meeste ingezette primaire en secundaire valpreventie maatregelen (Halfens et al, 2015). Door Virtuele Thuiszorg te combineren met Lea worden beide ingezet. De eerste resultaten, nog zonder Lea, laten zien dat het gevoel van veiligheid toeneemt. Als belangrijkste reden werd genoteerd dat de angst op vallen of geen hulp te krijgen na het vallen is afgenomen. In afbeelding 1 zijn de resultaten te zien voor het gevoel van veiligheid bij de 0-meting en na zes maanden.

¹ Waarschijnlijk ligt het daadwerkelijk aantal valpartijen een stuk hoger. Lang niet alle valpartijen, voornamelijk thuis, worden geregistreerd. Dit wordt bijvoorbeeld niet gedaan uit angst om opgenomen te worden in een verplegingshuis.



Afbeelding 1 Resultaten van zes maanden Virtuele Thuiszorg Nederland

Hogere betrokkenheid netwerk

Met als gevolg Afname ervaren stress mantelzorgers én minder eenzaamheid

Een actief sociaal netwerk leidt tot meer plezier, zelfredzaamheid en een groter gevoel van eigenwaarden. Een gemiddeld zorgnetwerk bestaat uit 9,6 personen, waarvan er gemiddeld 3,0 informele hulpverleners zijn. De reikwijdte van informele hulpverleners is tussen de 1 en 9. Opvallend is dat er minder informele hulpverleners zijn bij mensen die meer hulp nodig hebben. Voornamelijk ouderen met een partner hebben relatief weinig informele hulpverleners. Dit betekent dat er veel op de schouders terecht komt van de partner. Ouderen geven over het algemeen aan dat ze de kwaliteit van zorg beter vinden wanneer er een groot informeel netwerk bij betrokken is. De reden van een 'te kort' aan informele zorgverleners kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld een klein netwerk, vraagverlegenheid en zorgtaken die niet uitgevoerd kunnen worden door een iemand uit het informele netwerk (Zwart-Olde, I.; Jacobs, M. & Broese van Groenou, M., 2013).

Virtuele Thuiszorg Nederland ondersteunt bij het versterken/in stand houden van het informele netwerk. Stichting thuiszorg midden-gelderland en Vilans hebben samen vijf stappen opgesteld om het zorgnetwerk te versterken (STMG & Vilans, 2014). Via frequent beeldbelcontact en vragenlijsten worden behoeften van de cliënt in kaart gebracht. Dit kan puur zorg gerelateerd zijn, maar ook ter vermaak. Door middel van de Mantelscan (Expertisecentrum Mantelzorg, 2012) wordt het netwerk in kaart gebracht. Virtuele Thuiszorg voegt dit netwerk toe in een regelapplicatie, Nettie. Hierin kan het netwerk en cliënt allerlei hulpvragen stellen (van wie kan mijn sondevoeding vervangen tot wie kan/wil er mee naar de bridge). Iedereen in het netwerk kan hierin waardevol zijn en wil vaak wel iets doen. Via beeldbelcontact wordt die cliënt continu gestimuleerd en ondersteunt bij het vragen van hulp. Door het afnemen van de mantelscan wordt het inzichtelijk dat de groep mogelijke informele hulpverleners vaak veel groter is dan de bovengenoemde aantallen.

Een mooi praktijk voorbeeld van het een verhoogde betrokkenheid van het netwerk is het verhaal van een 80-jarige lichtdemente man en zijn echtgenote. Hierbij werd Nettie ingezet om taken beter te verdelen. De Nettiegroep werd in snel tempo uitgebreid. Veel taken werden gedeeld en het netwerk bleek stukken groter dan gedacht.



Minder eenzaamheid

Van alle mensen boven de 19 jaar voelt 39% zich eenzaam, waarvan 8% ernstig of zeer ernstig eenzaam. Eenzaamheid komt meer voor bij mensen met een beperking (62%), mensen met gezondheidsproblemen (60%), niet-westerse migranten (60%), weduwen/weduwnaars (58%), gescheiden mensen (58%) en laagopgeleiden (57%).

Door meer betrokkenheid van het sociale netwerk en frequente beeldbelcontact van Virtuele Thuiszorg Nederland zijn de eerste resultaten positief. Dit is te zien in afbeelding 1. Het gevoel van eenzaamheid is enorm afgenomen sinds de inzet van Virtuele Thuiszorg. In praktijkvoorbeeld is een 72-jarige vrouw voor wie Virtuele Thuiszorg een ideale uitkomst bleek te zijn. Ze geeft aan weer op pad te gaan en vrienden te bezoeken. Dit hing in haar geval tevens samen met een vergroot gevoel van veiligheid.

Toename zelfmanagement

Een casestudie van Voung (2012) onder 376 Amerikanen heeft aangetoond dat het dagelijks zelf meten van bloedsuikerspiegel een positieve invloed heeft op het HbA1c waarde. Dit is een waarde voor de gemiddelde bloedsuikerwaarde in de afgelopen 2-3 maanden. Diabetici kregen beduidend meer inzicht in hun insulinebehoefte en konden beter hierop inspelen. Een onderzoek van Nivel (2014) laat echter zien dat er een groot belang is bij de ondersteuning in zelfmanagement, voornamelijk bij ouderen en mensen met een klein netwerk. Mensen geven dan ook graag extra ondersteuning te krijgen in actieve begeleiding bij leefstijl verandering én hulp bij interpretatie van gezondheidsinformatie. In het onderzoek van Nivel geven patiënten aan positief te zijn over het koppelen van meetgegevens aan een zorgverlener en het op afstand begeleid worden bij het aannemen van een gezondere levensstijl.

Virtuele Thuiszorg Nederland biedt de ondersteuning in zelfmanagement, waar het onderzoek van Nivel om vraagt. Of deze ondersteuning daadwerkelijk leidt tot betere zelfmanagement zou in een casestudie onderzocht moeten worden. Gezien het feit dat zowel hart- en vaatziekten als COPD/astma, net als diabetes, veel samenhang hebben met leefstijl, is het aannemelijk dat zelfmanagement ook bij deze chronische ziekten een meerwaarde heeft.

Het is nog niet met zekerheid te zeggen of zelfmanagement kosteneffectief is. Hiervoor zijn lopende onderzoeken nog van een te korte duur. Studies waarbij zelfmonitoring van bijvoorbeeld glucose en bloeddruk onderzocht zijn laten positieve (eerste) resultaten zien. Het leidt in alle gevallen tot betere klinische resultaten en een toename in levensjaren. De kosten zijn vaak binnen een of twee jaar terugverdiend (Nivel, 2015).

Minder beroep op eerste en tweede lijn zorg

Professor Bas Bloem gaf, aan de hand van een onderzoek, aan dat inzicht in de eigen ziekten en een actieve houding zorgt voor een verlaging van druk bij artsen, doordat mensen minder terug kwamen. Hierbij werd in het onderzoek de verantwoordelijkheid om de arts te bezoeken gelegd bij de cliënt. Dit leverde tevens geen 'no shows' op en waren mensen altijd op tijd (TEDxMaastricht, 2012). De kosten van 'no shows' in poliklinische afspraken wordt jaarlijks geraamd op 300 miljoen. Dit komt neer op gemiddeld 10.000 euro per 'no show' (Baven, J. & Emanuels, J., 2010). Zelfmanagement geeft de patiënt een leidende rol in het zorgproces. Doordat de patiënt continu gemonitord wordt, krijgt de



patiënt inzicht in de eigen ziekte. Daarbij wordt Virtuele Thuiszorg het eerste aanspreekpunt. Voor vragen hoeft de patiënt niet meer direct naar de eigen huisarts.

Verder kan virtuele thuiszorg veel taken overnemen, die normaliter worden uitgevoerd door de huisarts of de POH-GGZ. (*bijlage 1*)

Preventie op ...

Er zijn drie vormen van preventie, ingedeeld op tijdschaal:

- Primaire preventie: het voorkomen van gezondheidsproblemen;
- Secundaire preventie: in een vroegtijdig stadium opsporen van gezondheidsproblemen;
- Tertiaire preventie: het voorkomen of beperken van gezondheidsproblemen.

Virtuele Thuiszorg Nederland doet aan alle drie de vormen van preventie. Het belangrijkste doel hierbij is natuurlijk het bevorderen van de gezondheid. In het kader van primaire preventie kan Virtuele Thuiszorg Nederland haar cliënten stimuleren gedragsfactoren positief te beïnvloeden. Cliënten krijgen een horloge tot hun beschikking, waarmee activiteit wordt gemeten. Hiermee kan er gemonitord worden of de cliënt voldoende beweegt en het slaappatroon kan in kaart worden gebracht. Tevens kan er tijdens het beeldcontact extra voorlichting worden gegeven over riskant gedrag, zoals roken en overmatig alcohol nuttigen (Boot, J.M.D.. 2010).

Secundaire preventie wordt gedaan door continue monitoring vanuit het welzijnscentrum. De cliënten krijgen de beschikking over verschillende soorten gezondheidstechnieken, waarmee belangrijke vitale functies gemeten kunnen worden. Meettools worden (mogelijk) gekoppeld aan een Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO). Alle metingen komen (automatisch) terecht in de omgeving van de cliënt. De cliënt is eigenaar van deze omgeving en kan deze via een beveiligde omgeving delen met het welzijnscentrum, maar ook met de eigen zorgspecialisten. Vanuit het welzijnscentrum kunnen meetgegevens van de gebruikte technieken worden gemonitord. Het kan hier gaan om vitale functies als bloeddruk tot leefpatronen. Zo kunnen hart en vaatziekten wellicht eerder worden opgespoord door het frequent meten van bijvoorbeeld bloeddruk, hartslag, gewicht en ECG. Longziektes kunnen wellicht eerder in kaart worden gebracht door het meten van saturatie. Dementie kan wellicht eerder worden waargenomen door het in kaart brengen van leefpatronen en ritme. Ook bijvoorbeeld een urineweginfectie kan eerder worden opgespoord door leefstijlpatronen. Wanneer iemand vaker naar de toilet gaat kan dit duiden op een urineweginfectie.

Tertiaire preventie kan worden ingezet door alreeds zieken mensen te monitoren. Bijvoorbeeld bij dementie kan er gemonitord worden op leefstijlveranderingen en slaapritme. Mogelijk met **uitstel van opname** als resultaat. Mantelzorgers worden pas ingelicht wanneer dit echt nodig is, waardoor stress bij de mantelzorger substantieel afneemt. Tevens wordt de mantelzorger als ontlast door het verbinden van het sociale netwerk. In een studie voor een soort gelijk systeem in Friesland (Vilans, 2016) wordt aangenomen dat de stressafname ervoor zorgt dat de mantelzorger het langer volhoudt en een betere kwaliteit van leven kent. Er wordt uitgegaan van gemiddeld 2 maanden langer thuis wonen, wat een besparing kan opleveren van ruim 8000 euro per twee maanden per cliënt.

Precieze besparingen die deze vormen van preventie met zich mee brengen zouden in vervolgstudies verder onderzocht moeten worden.



Eerder thuis revalideren

Een onderzoek van Jansen-Kosterlink (2014) toont aan dat het thuis revalideren met de juiste eHealth bij rugklachten net zo effectief was als bij de therapeut. De therapeut boekte hierbij 20% effectiviteitswinst. Op dit moment lopen er verschillende onderzoeken naar huis revalidatie. Aangenomen wordt dat er soortgelijke resultaten geboekt worden. De cliënt heeft hierdoor minder dure ligdagen of minder reiskosten.

Effectievere zorg aan huis

In het stuk 'Eerder thuis revalideren' was al te lezen dat thuis revalideren 20% effectiviteitswinst kan opleveren voor de therapeut. De zorg aan huis kan effectiever worden geleverd. Een deel van de zorg kan op afstand worden geleverd, door middel van telemonitoring. Daarbij kan administratie digitaal worden gedaan met behulp van een applicatie. In een onderzoek van Vilans naar leefstijlmonitoring, met een ander systeem, liet bijvoorbeeld zien dat 25% van de nachtzorg was komen te vervallen (vilans, 2014). Het systeem dat Virtuele Thuiszorg Nederland heeft dezelfde, en zelfs uitgebreidere, specificaties dan het onderzochte systeem. Slaap en activiteit worden, in tegenstelling met het onderzochte systeem, op het lichaam gemeten. Gemiddeld besteed een wijkverpleegkundige (NRC, 2017) 3,5 uur per week aan administratieve taken. Hierbij moet veel informatie dubbel worden verwerkt. Door de komst van een PGO en gedigitaliseerde registratieformulieren wordt aangenomen dat deze administratieve taken flink kunnen dalen.

Verwijzingen

Baven, J. &. (2010). Facturatie voor no-show heeft toegevoegde waarde. *ZorgInstellingen*, 34-35.

Bloem, B. (2012, januari 31). *Van god naar gids*. Opgehaald van eHuisartsenKompas:
<http://www.ehuisartsenkompas.nl/van-god-naar-gids/>

Boot, J. (2010). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Assen: Gorcum.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2017, oktober 26). *Steeds meer doden door een val*. Opgehaald van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/43/steeds-meer-doden-door-een-val>

Dirkmaat, T., & v.Genugten, M. &. (2003). *De kosten-effectiviteit van preventie*. Bilthoven: RIVM.

Habets, H. (2010). *Ouderenzorg: vallen bij ouderen - oorzaken/interventies*. Opgehaald van Mens en Gezondheid: <https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/aandoeningen/60884-ouderenzorg-vallen-bij-ouderen-oorzakeninterventies.html>

Halfens, R., Meesterberends, E., Neyens, J., Rondas, A., Rijcken, S., Wolters, S., & Schols, J. (2015). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen*. Maastricht : Universiteit Maastricht.

Heijmans, M., Lemmens, L., Otten, W., Havers, J., Baan, C., & Rijcken, M. (2015). *Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten*. Utrecht: Nivel .

Heijmans, M., Waverijn, G., & v. Houtum, L. (2014). *Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt?* Utrecht: Nivel.

In voor zorg. (2014). *De Zorggroep*. Utrecht: Vilans.



- Lugtenberg, M., & van der sman, C. (2013). Factsheet Effectief verminderen van valangst. Maastricht, Limburg, Nederland.
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie . (2004). *Preventie van valincidenten bij ouderen* . Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications B.V.
- STMG & Vilans. (2014). *Informeel netwerken versterken: wat kun je betekenen voor je cliënten?* Utrecht: Vilans .
- TTS. (2017, december 7). *Alleen digitale zorgverrijking brengt plezier weer terug in de zorg.* Opgehaald van TTS: <https://ttoserve.nl/alleen-digitale-zorgverrijking-brengt-plezier-weer-terug-zorg/>
- Vilans. (2016). *Leefstijlmonitoring in Friesland*. Friesland: Vilans.
- Young, A. (2012). *Factors Affecting Acceptability and Usability of Technological Approaches to Diabetes Self-Management: A Case Study*. Amerika: Diabetes Technology & Therapeutics.
- Zwart-Olde, I., & Jacobs, M. &. (2013). *Zorgnetwerk van kwetsbare ouderen* . Amsterdam: VU.