

Implementeren van het Elektronisch Cliënten Dossier

Auteurs: Dewi van Iersel (2578336) & Jelle Reijngoudt (2222150)
Opdrachtgever: Yvonne Bolt-Wabnitz
Projectbegeleider: Kristel Teunissen
Examinator: Teatske van der Zijpp
Naam zorginstelling: RSZK Zorgprofessionals

Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid
Bachelor opleiding tot Verpleegkundige, voltijd
11-01-2018



Colofon

Opdrachtgever	Mw. Yvonne Bolt-Wabnitz <i>Teammanager Thuiszorg</i> <i>Zorginstelling RSZK Zorgprofessionals</i>
Projectbegeleider	Mw. Kristel Teunissen-Snoeren <i>Lid Examencommissie instituut Mens en</i> <i>Gezondheid</i> <i>Fontys Hogescholen</i>
Examinator	Mw. Teatske van der Zijpp <i>Programmaleider Technologie in Zorg en Welzijn</i> <i>Lectoraat Persoonsgerichte Praktijkvoering</i> <i>Fontys Hogescholen</i>
Onderzoekers	Dewi van Iersel (2578336) dewi.vaniersel@student.fontys.nl Jelle Reijngoudt (2222150) j.reijngoudt@student.fontys.nl
Onderwijsinstelling	Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid (FHMG) Dominee Theodor Fliednerstraat 2 5631 BN Eindhoven
Opleiding	HBO Verpleegkunde
Studiejaar	2017-2018
Onderwijseenheid	PROT7/T8
Inleverdatum	11-01-2018
Trefwoorden	<i>Elektronisch Cliënten Dossier</i> <i>ECD</i> <i>Thuiszorg</i> <i>Implementatie</i>

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Implementatie Elektronisch Cliënten Dossier'. In het kader van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid werd dit onderzoek uitgevoerd binnen de Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen (RSZK).

De opdracht is tot stand gekomen in overleg met de zorginstelling, vertegenwoordigd door de opdrachtgever, Yvonne Bolt-Wabnitz. Het doel van dit onderzoek was: *'Voor half januari 2018 worden aanbevelingen gedaan richting de werkgroep ECD van de RSZK over wat er naast de voorziene basisscholing en de inzet van ambassadeurs nog nodig is, zodat een succesvolle implementatie van het ECD binnen de RSZK zo goed mogelijk verloopt'*.

Wij willen enkele personen bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan onze eindrapportage. Als eerste willen wij onze projectbegeleider, K. Teunissen, bedanken voor de begeleiding tijdens het schrijven van ons onderzoek en de kritische doch opbouwende feedback wat heeft bijgedragen aan het onderzoek dat nu voor u ligt. De methodologiedocent, E. van Elst, willen wij bedanken voor het eigen maken van de theorie rondom het onderzoeksverslag. Onze referentiegroep, S. Eekhout en S. Goettsch, willen wij bedanken voor het werpen van een kritische blik op ons onderzoeksverslag alvorens deze af te ronden. De opdrachtgever Y. Bolt-Wabnitz willen wij bedanken voor het ter beschikking stellen van een onderzoeksonderwerp en het meedenken tijdens het schrijven van het onderzoeksverslag. Ten slotte willen wij de medewerkers van de RSZK bedanken voor hun medewerking en tijd om mee te werken aan ons onderzoeksverslag.

Het onderzoeken van dit onderwerp binnen deze zorginstelling was voor ons een zeer leerzame en nuttige ervaring. Het was voor ons voornamelijk interessant om dit onderzoek ook daadwerkelijk in de praktijk uit te voeren. We zijn tevreden met ons eindresultaat en wensen u veel plezier met het doornemen van ons afstudeeronderzoek.

Dewi van Iersel

Jelle Reijngoudt

Tilburg, januari 2018

Samenvatting

Binnen de Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen (RSZK) is in de zomer van 2017 gestart met het werken via een Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). De opdrachtgever heeft in het kader van dit afstudeeronderzoek de vraag gesteld om onderzoek te doen naar wat medewerkers nodig hebben om succesvol met het ECD te kunnen werken.

De onderzochte onderzoeksvraag luidde als volgt: ‘Welke ondersteuning hebben medewerkers van de thuiszorgteams van de RSZK nodig, naast de voorziene scholing en de inzet van ambassadeurs, om een succesvolle implementatie van het ECD te waarborgen?’

Vanuit de onderzoeksvraag zijn een drietal deelvragen opgesteld, welke tezamen antwoord geven op de onderzoeksvraag. Het eerste deelonderzoek stond in het teken van literatuuronderzoek. In dit onderzoek werd beschreven welke adviezen de literatuur geeft omtrent het implementeren van een ECD. Binnen dit deelonderzoek zijn een aantal thema's aangebracht die in de volgende deelonderzoeken als leidraad zijn gebruikt om diepgaander te onderzoeken. Het belangrijkste advies dat uit het literatuuronderzoek naar voren is gekomen, is dat er geen eenduidige strategie is voor de implementatie van een nieuwe ontwikkeling. Wel kwam naar voren dat een aantal interventies samen het meest efficiënt is om een ECD te implementeren. Dit waren: medewerkers opleiden middels blended-learning, het inzetten van een pilot-afdeling en het inzetten van key-users als eerstelijns vraagbaak voor alle medewerkers. Hierdoor verloopt niet alleen de implementatie vlotter, maar wordt ook een groter draagvlak onder de medewerkers gecreëerd.

In het tweede deelonderzoek werd gebruik gemaakt van een vragenlijst om te bekijken in welke mate medewerkers tegen problemen aan liepen tijdens de implementatie van het ECD. De resultaten uit de vragenlijst waren vooral gericht op de gegeven scholing die ter voorbereiding op de overstap naar het ECD is

gegeven door ambassadeurs. Duidelijk kwam naar voren dat de scholing als onvoldoende werd aangemerkt. Daar komt bij dat er nadat de scholing aan de pilot-afdeling is gegeven, geen aanpassingen zijn gedaan in de scholing voor de volgende afdelingen. In de focusgroepinterviews van het laatste deelonderzoek werd dieper ingegaan op de resultaten van de vragenlijst.

Ten slotte werd in het derde deelonderzoek gebruik gemaakt van focusgroepinterviews om te bekijken waar medewerkers problemen in ondervinden, tijdens het werken met het ECD na de basisscholing. Uit de focusgroepinterviews kwam, net als uit de vragenlijst, naar voren dat medewerkers de basisscholing als onvoldoende beoordeelden. Ook gaven de medewerkers aan dat zij een aanvullende scholing zouden willen omtrent het werken met NANDA/NIC/NOC (NNN) gezien dit problemen oplevert in de praktijk. Wel werd aangegeven dat het werken met ambassadeurs ter voorbereiding op een implementatie als meerwaarde werd gezien, mits zij voldoende zijn geschoold en ieder team een eigen ambassadeur heeft, zodat de lijntjes kort blijven.

De eerste aanbeveling die is gedaan aan de RSZK richt zich op een aanvullende scholing ten aanzien van NNN, zodat medewerkers hierdoor beter weten hoe zij met NNN moeten omgaan en hierop moeten rapporteren. De tweede aanbeveling is om een begrippenlijst te implementeren om het werken met het ECD voor de medewerkers toegankelijker te maken. De derde aanbeveling luidt dat bij de inzet van een pilotteam de pilot eerst moet zijn afgerond, geëvalueerd en verbeterpunten worden meegenomen in het implementatietraject, alvorens de uitrol wordt gestart. Dit zal ervoor zorgen dat de uitrol soepeler verloopt en de teams niet tegen dezelfde problemen aanlopen als de pilot-afdeling. De laatste aanbeveling is om bij een grote implementatie binnen ieder team een ambassadeur aan te stellen, zodat de lijntjes kort blijven en het draagvlak voor de implementatie wordt vergroot. Daarnaast dienen de ambassadeurs meer kennis te bezitten over het systeem waarvoor zij ambassadeur zijn.

Inhoudsopgave

Colofon	2
Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding.....	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Probleembeschrijving.....	10
1.3 Probleemstelling	12
1.4 Deelvragen	12
1.5 Doelstelling.....	12
1.6 Leeswijzer.....	13
2. Literatuurstudie.....	14
2.1 Zoekstrategie.....	14
2.1.1 Databases	14
2.1.2 Overzicht van de zoekresultaten.....	15
2.2 Resultaten literatuurstudie	15
Draagvlak voor de implementatie.....	15
Devices en wensen van de medewerkers	16
Pilotafdeling	16
Belemmeringen en verandering	17
Key-users en scholing.....	17
2.3 Conclusie deelonderzoek	18
3. Deelvraag 2	20
3.1 Onderzoeksbenadering	20
3.2 Dataverzamelingstechniek	20
3.3 Onderzoekspopulatie	22
3.4 Data-analysemethode.....	23
3.5 Resultaten deelonderzoek	23
Persoonlijke kenmerken respondenten.....	23
Overstap van het papieren dossier naar het ECD	24
Kennis van medewerkers over het ECD	25
Kwaliteit van zorg omtrent de gezondheid van de cliënt	26
Technologie van het ECD	27
Devices tijdens het werken met het ECD	28
3.6 Conclusie deelonderzoek	28
4. Deelvraag 3	30

4.1 Onderzoeksbenadering	30
4.2 Dataverzamelingstechniek	30
4.3 Onderzoekspopulatie	32
4.4 Data-analysemethode	33
4.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek	33
4.6 Resultaten deelonderzoek	34
Basisscholing ECD	34
Meerwaarde van ambassadeurs	34
Aanvullende scholing NNN	35
Tijdspad implementatie	36
Gebruik van technologie	37
4.7 Conclusie deelonderzoek	37
5. Conclusie	39
6. Discussie	41
7. Aanbevelingen en suggesties	43
8. Bronnenlijst	47
Bijlagen.....	51
Bijlage 1: Classificatiesystemen.....	51
Bijlage 2: ECD – e-Health.....	53
Het belang van het ECD.....	54
Bijlage 3: Onderzoeksstrategie	56
Bijlage 4: Informed Consent.....	57
Bijlage 5: Questionnaire for the evaluation of health professionals acceptance of a new telemonitoring system	62
Bijlage 6: Vragenlijst afstudeeronderzoek	66
Bijlage 7: Respons stellingen.....	73
Bijlage 8: Topiclist focusgroep	74
Bijlage 9: Begrippenlijst.....	75

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen (RSZK) zal per 1 januari 2018 overgegaan zijn van het papieren dossier naar een Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Deze implementatie vloeit voort uit de wetswijziging van de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens), die door de Eerste Kamer in oktober 2016 werd gepubliceerd. Hierin stond opgenomen dat zorginstellingen verplicht worden gesteld om de cliënt digitaal inzage te geven in het eigen dossier, waarbij dit wordt gedaan via een elektronisch uitwisselingssysteem (Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).

In totaal zijn er binnen de RSZK 233 medewerkers werkzaam binnen de thuiszorg. Deze medewerkers hadden tijdens een meting in juli 2017 in totaal 780 cliënten in zorg. De teams bestaan uit zorgprofessionals van niveau twee tot en met niveau vijf en de zorg wordt geleverd in regio de Kempen, in Zuidoost Brabant. Het gebied strekt zich uit van Lage- en Hooge Mierden in het westen tot en met Heeze-Leende in het oosten van Brabant.

Binnen de RSZK is sinds 2014 een werkgroep ECD in het leven geroepen, om de implementatie van het ECD vorm te gaan geven. De uitrol is in juli 2017 gestart bij één extramuraal- en twee intramurale teams, waarna vanaf september 2017 tot 1 januari 2018 alle teams binnen de RSZK overgegaan zijn naar het ECD. Het doel van de RSZK was dat per 1 januari 2018 iedere RSZK zorgprofessional, op het toegestane niveau, in staat is om efficiënt een zorgleefplan elektronisch op te bouwen, te onderhouden en informatie elektronisch uit te wisselen met verschillende andere disciplines, de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger in het zorgproces (RSZK, 2017). De implementatie kon als succesvol worden beschouwd, wanneer dit doel was bereikt. Dit onderzoek heeft zich daarom gericht op wat er nodig is om de implementatie van het ECD binnen de thuiszorgteams van de RSZK succesvol te waarborgen.

Naast de implementatie van het ECD, wordt tevens overgegaan op een ander classificatiesysteem. Waar voorheen het zorgleefplan (ZLP) gebruikt werd, wordt

na implementatie van het ECD gewerkt middels NANDA/NIC/NOC (NNN). Enige jaren geleden is door een werkgroep van wijkverpleegkundigen binnen de RSZK gekozen voor NNN na een vergelijking met Omaha. De reden voor deze keuze was de uitgebreidere mogelijkheden tot het zelf stellen van een diagnose en een doel. Binnen de RSZK wordt sinds 1 januari 2017 door de wijkverpleegkundigen reeds geïndiceerd volgens de NNN, waardoor het een logische stap is om dit door te zetten bij de overgang naar het ECD. In de bijlage is een uitgebreidere beschrijving van de verschillende classificatiesystemen opgenomen (zie bijlage 1).

De overstap naar het ECD en het nieuwe classificatiesysteem heeft een aantal voordelen, zo worden er minder fouten gemaakt ten gevolge van gebrekkige communicatie tussen zorgverleners. Daarnaast is het een verbetering van de continuïteit van zorg en is er sprake van meer transparantie waardoor meer inzicht ontstaat in het zorgproces (van Haaren, Mast, de Graaf-Waar, & Martijn, 2017). Ook kunnen cliënten via een cliëntenportaal zien wat er in het dossier wordt gerapporteerd, waardoor de cliënt zelf meer regie houdt op zijn/haar leven (Simac, 2017). Naast het feit dat een cliënt meer regie houdt op zijn/haar leven, kan een cliënt ook wensen kenbaar maken ten aanzien van de zorg die in de werkwijze van de zorgverleners kan worden verwerkt (de Graag, 2013). Door het implementeren van het ECD ontstaat op termijn ook een financieel voordeel: er hoeft geen infrastructuur te worden ingericht om cliëntgegevens vast te leggen, dit gebeurt digitaal via de aanbieder van het ECD. Een voordeel is ook de interdisciplinaire verslaglegging in één dossier, waardoor alle disciplines elkaars rapportage kunnen inzien en hierdoor beter kunnen communiceren, wat een stijging in de kwaliteit van zorg bevordert (van Haaren, Mast, de Graaf-Waar, & Martijn, 2017). Bovendien is het werken met een ECD relevant voor de (wijk)verpleegkundige, omdat door het volgen van cliënten op afstand de continuïteit makkelijker vergroot kan worden (van Haaren, Mast, de Graaf-Waar, & Martijn, 2017). Voor een uitgebreidere beschrijving over het ECD, zie bijlage 2.

1.2 Probleembeschrijving

Veranderingen binnen een organisatie brengen vaak weerstand en problemen met zich mee. Dit kan op zowel het individu gericht zijn, als op een volledig team/organisatie. In de literatuur komen verschillende motieven en oorzaken van weerstand naar voren, waaronder: angst, vervreemding, persoonlijk nadeel, behoefte en bedreiging (Kleijn & Rorink, 2009). Bij de RSZK is er sprake van twee veranderingen voor de thuiszorgteams, namelijk: de overgang naar het ECD en een verandering van classificatiesysteem. Door de combinatie van twee grote veranderingen werd een bepaalde mate van weerstand verwacht, wat een probleem kon zijn om de implementatie van het ECD succesvol te laten worden.

Uit de risicoanalyse in het projectplan van de RSZK bleek dat er een risico (twee op een schaal van vijf) was voor een laag draagvlak bij de eindgebruikers van het ECD. De hiervoor gekozen oplossing is het door het management verplicht stellen van het gebruik van het ECD. Daarnaast was in de risicoanalyse opgenomen dat medewerkers mogelijk onvoldoende digitaal vaardig zijn, wat van belang was toen de papieren dossiers werden omgezet naar het ECD. Hierbij is als oplossing gekozen voor het inzetten van ambassadeurs voor de begeleiding bij het omzetten van de dossiers en het geven van een algemene scholing (RSZK, 2017). Het omzetten van de huidige dossiers naar het elektronische dossier werd binnen de organisatie begeleid door twintig aangestelde ambassadeurs. De ambassadeurs hebben hiervoor een training gevolgd en zijn daardoor goed thuis in het werken met het ECD. De taak van de ambassadeurs lag voornamelijk in het begeleiden van het omzetten van de dossiers en het geven van een basisscholing.

In de basisscholing kwamen alle verschillende onderdelen van het ECD aan bod; van het aanmaken van een nieuwe cliënt tot het opstellen en aanvullen van het zorgplan, het rapporteren en het afsluiten van de zorg. Ook na de scholingen fungeerden de ambassadeurs als eerstelijns contact met betrekking tot vragen over het werken met het ECD, zij fungeerden als het ware de key-users in het gebruik van het ECD.

Binnen het thuiszorgteam Bladel-Oost werd in juli 2017 een pilot gestart met het ECD, waarbij de pilot specifiek gericht was op de thuiszorg. Tijdens de pilot zijn

verschillende problemen aan het licht gekomen, die meegenomen konden worden tijdens de uitrol binnen de andere teams. Eén voorbeeld van deze problemen was dat niet alle disciplines geautoriseerd waren voor de toegang tot de zorgplannen. Ook binnen team Bladel-Oost werd tegen weerstand en angst aangelopen; de medewerkers vonden het spannend om over te gaan op digitaal rapporteren, wat binnen het team stress met zich mee bracht. Na de implementatie en een aantal weken werken met het ECD, gaven medewerkers aan dat het over het algemeen fijn werkt.

Het probleem waar de organisatie nu tegenaan liep, is dat niet duidelijk was of de afgesproken scholing en de inzet van de ambassadeurs afdoende was om een succesvolle implementatie te waarborgen. Door tijdens de implementatie te onderzoeken waar medewerkers tegenaan liepen, kon worden ingespeeld op de hulpvragen en konden hier acties op worden ingezet. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen twee teams die al enige tijd over zijn naar het werken met het ECD, namelijk team Bladel-Oost en team Eersel. Thuiszorgteam Bladel-Oost heeft gefungeerd als pilot-afdeling en team Eersel was op het moment van onderzoeken ongeveer drie weken aan het werk met het ECD. Om zowel met een brede blik als met diepgang een onderzoek op te zetten, is er door de onderzoekers, in overleg met de opdrachtgever, voor gekozen om na een literatuurstudie twee deelonderzoeken uit te voeren. Er is hierbij begonnen met een breed georiënteerd onderzoek, gevolgd door een onderzoek dat voortborduurde op de resultaten van de literatuurstudie en het eerste deelonderzoek. Hierdoor kon er een hogere mate van diepgang bereikt worden.

1.3 Probleemstelling

In dit onderzoek zal de volgende probleemstelling centraal staan:

‘Welke ondersteuning hebben medewerkers van de thuiszorgteams van de RSZK nodig, naast de voorziene scholing en de inzet van ambassadeurs, om een succesvolle implementatie van het ECD te waarborgen?’

1.4 Deelvragen

Voor dit onderzoek zijn drie deelvragen opgesteld, namelijk:

- Wat geeft de literatuur voor adviezen als het gaat om het implementeren van een ECD? – *Dewi van Iersel & Jelle Reijngoudt*
- Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals van de thuiszorgteams Bladel-Oost en Eersel met betrekking tot de implementatie van het ECD? – *Dewi van Iersel*
- Welke belemmeringen ondervinden zorgprofessionals van de thuiszorgteams Bladel-Oost en Eersel tijdens de implementatie van het ECD? – *Jelle Reijngoudt*

1.5 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek was: *‘Voor half januari 2018 worden aanbevelingen gedaan richting de werkgroep ECD van de RSZK over wat er naast de voorziene basisscholing en de inzet van ambassadeurs nog nodig is, zodat een succesvolle implementatie van het ECD binnen de RSZK zo goed mogelijk verloopt.’*

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk twee zal de literatuurstudie worden beschreven, aan de hand van de in deel 1.4 benoemde deelvraag. Daarbij zal de focus liggen op de zoekstrategie, de resultaten en de conclusie van de literatuurstudie. In hoofdstuk drie en vier zal achtereenvolgens dieper worden ingegaan op de tweede en derde deelvraag, waarbij de focus zal liggen op de onderzoeksbenadering in de vorm van een enquête in het eerste deelonderzoek en een focusgroep in het tweede deelonderzoek. Ook zal in deze hoofdstukken de dataverzamelingstechniek, de onderzoekspopulatie, de data-analysemethode en de kwaliteitsborging van het deelonderzoek worden toegelicht. Daarnaast zullen ook de resultaten en de deelconclusie van de deelonderzoeken uitgebreid worden besproken. Hierna zullen in hoofdstuk vijf verschillende algehele conclusies worden getrokken uit de verschillende deelonderzoeken. In hoofdstuk zes zal kritisch worden gekeken naar het onderzoek in de discussie. Uiteindelijk zullen in hoofdstuk zeven de aanbevelingen aan de RSZK worden gedaan.

2. Literatuurstudie

In dit hoofdstuk zal de volgende deelvraag centraal staan: *“Wat geeft de literatuur voor adviezen als het gaat om het implementeren van een ECD?”*. Aan de hand van een literatuurstudie wordt antwoord gegeven op deze deelvraag.

2.1 Zoekstrategie

Om te bepalen in hoeverre uit de literatuur aanbevelingen voor de implementatie van een ECD naar voren komen, is ervoor gekozen om hier een aparte deelvraag voor op te stellen. Door te starten met een literatuuronderzoek, kunnen bij de twee deelonderzoeken (hoofdstuk drie en vier) topics worden gebruikt die uit de literatuur naar voren komen. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving van de literatuurstudie weergegeven.

2.1.1 Databases

In deze literatuurstudie zijn verscheidende databanken gebruikt, namelijk: CINAHL, Invert, PubMed en Springerlink. Er is specifiek gekozen voor deze verschillende databanken omdat CINAHL en PubMed speciaal zijn ontwikkeld voor verpleegkunde en (para)medische beroepen en tevens internationaal georiënteerd is. Invert en Springerlink bevatten enkel Nederlandstalige bronnen en publicaties (Fontys Hogescholen, z.j.). De gebruikte zorgtermen voor deze databanken zijn: implementatie ECD, implementation electronic patient file, electronic health record en electronic health information systems. Er is in de literatuurstudie enkel gebruik gemaakt van de boolean ‘AND’ tussen bijvoorbeeld de termen ‘implementatie’ en ‘ECD’, om zo de woorden met elkaar te verbinden. Om de resultaten meer te specificeren, is gebruik gemaakt van een aantal limits. Artikelen moesten voldoen aan de volgende criteria: tussen 2012 en 2017 gepubliceerd, Nederlands of Engelstalig gepubliceerd en de tekst moest gratis fulltext beschikbaar zijn. Onderzoeken die zijn uitgevoerd buiten Europa, zijn geëxcludeerd om de externe validiteit van het onderzoek te vergroten. Dit gebeurt doordat de verplaatsbaarheid van onderzoeken buiten Europa naar Nederland kleiner is dan bij onderzoeken die binnen Europa zijn uitgevoerd.

2.1.2 Overzicht van de zoekresultaten

Door de limits, inclusie- en exclusiecriteria toe te passen op de gevonden resultaten, vielen direct een groot aantal artikelen af. Het inclusiecriterium hierbij was onderzoeken gericht op de gezondheidszorg en het exclusiecriterium was onderzoeken die eHealth-implementaties gericht op ziektebeelden betroffen. Vervolgens zijn de overgebleven artikelen door beide onderzoekers individueel beoordeeld op relevantie en kwaliteit, aan de hand van het CBO-beoordelingsformulier (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005). In totaal zijn er tien Nederlandse en Engelse artikelen gebruikt voor de resultaten van de literatuurstudie. In de bijlage is de zoekstrategie schematisch weergegeven (zie bijlage 3).

2.2 Resultaten literatuurstudie

Draagvlak voor de implementatie

Om meer draagvlak te creëren binnen de organisatie, kan de toepassing van techniek om betere zorg te bereiken, worden uitgelegd aan de medewerkers in de praktijk. Daarbij kijkt men niet enkel naar het technische aspect van de implementatie, maar juist ook naar de toegevoegde waarde die de implementatie kan hebben voor de dagelijkse zorg. Als een implementatie vanuit dit oogpunt wordt belicht, en niet vanuit het technische aspect, zijn medewerkers in een implementatie meer bereid tot medewerking (Maeder, Martin-Sanchez, & Logan, 2012). Bij de implementatie van het ECD, wordt aan de medewerkers uitgelegd dat door het gebruik van het ECD minder overdrachtsgesprekken nodig zijn en dat de administratieve taken minder plaats- en tijdgebonden zullen zijn, waardoor een grotere mate van betrokkenheid bij de medewerkers kan worden gecreëerd. Uit onderzoek van de Graaf-Waar & Speksnijder (2014) en Helder (2017) blijkt dat wanneer voordelen van nieuwe technieken en innovaties worden uitgelicht de implementatie makkelijker verloopt. Wanneer medewerkers niet meer plaats- en tijdgebonden zijn, kunnen zij meer tijd besteden aan de zorg voor de cliënten. Het implementeren van het ECD zorgt daarmee niet alleen voor meer tijd die aan de zorg wordt besteed,

maar draagt het ook bij aan efficiënt werken wat betreft administratieve taken (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014; Helder, 2017).

Devices en wensen van de medewerkers

Naast het feit dat het van belang is het zorgaspect te benadrukken tijdens een implementatie, is het noodzakelijk om het device dat gebruikt gaat worden vooraf vast te stellen. Een voorbeeld kan zijn het gebruik van een computer of tablet, waarbij een scholing noodzakelijk kan zijn voor medewerkers die hier nog geen ervaring mee hebben. Wanneer de middelen voor een nieuwe implementatie aansluiten op de wensen en behoeften van medewerkers, zullen medewerkers ook eerder bereid zijn mee te werken aan de implementatie, waardoor het dus van belang is dat de wensen en behoeften van medewerkers worden meegenomen. De keuze van het device hangt niet alleen af van de wensen en behoeften van medewerkers, maar ook van de schermgrootte, het gewicht en het gebruiksgemak van het in te zetten device (Zweers, 2015). Er kan hierbij worden gedacht aan Android-tablets, iPads of smartphones.

Pilotafdeling

Een pilot starten om eventuele fouten uit het implementatieplan te halen, zorgt ervoor dat de implementatie in de toekomst optimaal kan worden doorgevoerd (Rasmussen, Lyng, & Jensen, 2012). Daarnaast zorgt het voor een verbetering binnen het zorgproces en door het juist gebruik maken van een ECD door medewerkers. Het laten testen van een ECD door medewerkers op de bruikbaarheid zorgt ervoor dat het ontwerp bij kan worden gestuurd en de toepasbaarheid van het systeem kan worden verfijnd. Wanneer medewerkers input mogen leveren en vervolgens verbetervoorstellen mogen aandragen, zal dit de acceptatie van de implementatie vergroten (Zweers, 2015). Het principe van een pilotafdeling is dat de uitrol op de andere afdelingen pas start zodra de pilotafdeling geëvalueerd is, waardoor verbeterpunten in het systeem ook direct kunnen worden opgepakt.

Belemmeringen en verandering

Uit onderzoek van Peeters en de Veer (2015) blijkt dat niet alle zorgverleners met de implementatie van het ECD kunnen werken. Zorgverleners geven onder andere aan dat de volgende factoren een rol spelen die zij zien als belemmering om met de implementatie te werken: gebrek aan kennis, tijdgebrek om goed met de implementatie aan het werk te kunnen gaan en het feit dat zij onvoldoende ondersteuning krijgen van de technische staf. Zorgverleners geven hierin aan dat er in het dagelijks gebruik van de nieuwe implementatie haken en ogen aan het systeem zitten. Het uitzoeken van het systeem en de juiste werkwijze hiervan kost veel tijd, wat volgens de medewerkers niet ten goede komt van de patiëntenzorg gezien zij hier dan minder tijd aan kunnen besteden. Naast het feit dat zorgverleners een aantal factoren ondervinden die belemmerend werken tijdens de implementatie van het ECD geven de zorgverleners ook aan dat zij meer betrokken zouden willen worden bij de introductie van de implementatie. Zorgverleners kunnen ervaringen niet met elkaar delen, terwijl zij hier wel behoefte aan hebben (Peeters & de Veer, 2015).

Door de snelle technologische revolutie in de hedendaagse maatschappij, kan het voorkomen dat er tijdens of vlak na de implementatie wordt aangelopen tegen problemen met de compatibiliteit van apparatuur met het ingevoerde systeem. De manier om dit te ondervangen is een continue mogelijkheid tot het up-to-date houden en aanpassen van de IT-infrastructuur (Zuiderwijk, 2016).

Key-users en scholing

Innovatie werkt het beste wanneer de zorgprofessional op de werkvloer key-user is voor het gebruik van een nieuwe ontwikkeling. Dit komt omdat er door de inzet van medewerkers op de werkvloer draagvlak moet zijn om de borging van een implementatie te garanderen. Wanneer de borging van een implementatie mislukt, kan de implementatie als een mislukking worden gezien. Naast medewerkers op de werkvloer, zijn communicatie en samenwerkingen met het management essentieel voor een goede implementatie. De implementatie van het ECD houdt een gedragsverandering in, waardoor weerstand kan ontstaan bij de betrokkenen. Goede promotie door de zorgprofessionals richting de

zorgvragers is van belang om deze weerstand te verkleinen en het gebruik van het product te vergroten (Zuiderwijk, 2016).

Van Schaijk en Verheijen (2014) beschreven in een op de praktijk gebaseerde methodiek dat een scholing middels het concept van blended-learning, waarbij zowel op de werkvloer, klassikaal als op afstand les wordt gegeven, vaak een goede manier is om zorgverleners op te leiden. Door klassikaal per functiegroep te scholen, kan de scholing worden aangepast op het niveau en de adaptatiesnelheid van de zorgverleners. Hierdoor kan tijd bespaard worden en een beter afgestemde scholing worden ontwikkeld (van Schaijk & Verheijen, 2014). Het is essentieel om de implementatie pas te starten zodra de medewerkers getraind zijn en er een helpdesk voor vragen van medewerkers is ingericht (Actiz, 2013). De helpdesk kan ook vorm worden gegeven door eerstelijns vragen neer te leggen bij ambassadeurs, wat niet alleen werkt voor vragen maar tevens voor de borging van de implementatie. Het inzetten van ambassadeurs heeft in eerdere implementatietrajecten in andere organisaties goed gewerkt (van der Meer & van der Molen, 2015; van Schaik & de Gouw, 2017).

2.3 Conclusie deelonderzoek

De deelvraag in dit literatuuronderzoek luidde: *“Wat geeft de literatuur voor adviezen als het gaat om het implementeren van een ECD?”*.

Voor de implementatie van een nieuwe technologische ontwikkeling zoals een ECD, is het van belang dat er bij de medewerkers draagvlak wordt gecreëerd. Het inzetten van ambassadeurs als key-users, kan hierbij een effectief middel zijn en heeft zich in het verleden bij verschillende organisaties al bewezen. Daarnaast is het belangrijk om naar de wensen en behoeften van medewerkers te luisteren om ook op deze wijze het draagvlak te vergroten. Waar medewerkers het meest tegenaan lopen tijdens een verandertraject is het gebrek aan tijd, gebrek aan kennis en onvoldoende ondersteuning met een beperkte mogelijkheid tot het stellen van vragen. Om dit te ondervangen kan een scholing middels het concept blended-learning worden gegeven, wat in de praktijk een goede manier blijkt te

zijn om medewerkers op te leiden. Het is daarbij niet alleen zaak om de te implementeren technologische verandering toe te lichten, maar ook het gebruik van een eventueel nieuw device waarmee gewerkt gaat worden. Het opzetten van een pilotafdeling is tevens een bewezen effectieve interventie om problemen met betrekking tot de implementatie inzichtelijk te maken, voordat de implementatie wordt ingezet in de gehele organisatie.

3. Deelvraag 2

In dit hoofdstuk zal de volgende deelvraag centraal staan: *“Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals van de thuiszorgteams Bladel-Oost en Eersel met betrekking tot de implementatie van het ECD?”*. In de onderzoeksbenadering zal worden beschreven hoe dit is onderzocht.

3.1 Onderzoeksbenadering

Voor deze deelvraag is gekozen voor kwantitatief beschrijvend onderzoek. Door gebruik te maken van een vragenlijst werd data verzameld van de ervaringen van medewerkers van de implementatie van het ECD. Er is bewust gekozen voor een vragenlijst, omdat door de inzet van een vragenlijst een grote groep medewerkers kan worden ondervraagd middels vooraf opgestelde vragen. Vanuit de informatie die uit de vragenlijsten naar voren kwam, konden topics worden opgesteld voor het volgende deelonderzoek (Baarda, 2014; Baarda, Kalmijn & de Goede, 2015). Een gestructureerde vragenlijst zorgt ervoor dat voor zowel de onderzoeker als de respondent de vragen en begrippen eenduidig en concreet worden gemaakt (van der Pligt & Blankers, 2013).

3.2 Dataverzamelingstechniek

Om een kwalitatief duidelijke vragenlijst op te stellen is in de literatuur gezocht naar een bestaande vragenlijst over een soortgelijk onderwerp. Dit is gedaan om de bestaande vragenlijst naar een nieuwe vragenlijst te operationaliseren (Giesen, Meertens, Vis-Visschers, & Beukenhorst, 2010). Daarnaast is gekeken naar het verhogen van de validiteit van de vragenlijst, door een bestaande vragenlijst te beoordelen op bruikbaarheid en eenduidigheid. Hiervoor is gebruik gemaakt van een vragenlijst gericht op de implementatie van een nieuwe technologische verandering in de zorg (Gagnon, Orruño, Asua, Abdeljelil, & Emparanza, 2012) (zie bijlage 5). Hier is voor gekozen, omdat deze vragenlijst het meest overeenkomt met wat er in dit deelonderzoek onderzocht zou gaan worden. Echter zijn een aantal vragen in de vragenlijst door de onderzoeker aangepast om de vragenlijst meer relevant te maken voor de deelvraag. Er zijn

een aantal stellingen aan de vragenlijst toegevoegd, om zo meer duidelijkheid te krijgen in welke mate medewerkers tegen problemen aan lopen tijdens het werken met het ECD en zodat er hierna dieper op kon worden ingegaan tijdens de focusgroep. Om de kans op missing values te minimaliseren, is ervoor gekozen om alle vragen verplicht te stellen ter beantwoording. De opgestelde vragenlijst is in de bijlage opgenomen (zie bijlage 6). In de vragenlijst is gebruik gemaakt van triangulatie door middel van het twee keer stellen van een aantal dezelfde vragen, die op een andere manier zijn geformuleerd. Dit is gedaan om te bekijken of de medewerkers de vragen eenduidig beantwoorden, waardoor de betrouwbaarheid werd vergroot (Proot, van der Lyke, & Smits, 2016).

Door de onderzoekspartner en de referentiegroep is gekeken of de vragen en begrippen eenduidig te interpreteren waren. Op deze manier zijn de vragen getest en kon worden geconcludeerd dat de vragen voor de doelgroep begrijpelijk en eenduidig waren (Verhoeven, 2011). Aan het begin van de vragenlijst zijn een aantal algemene vragen opgesteld om de representativiteit van de steekproef te toetsen (Baarda, Kalmijn, & de Goede, 2015). In de vragenlijst is gekozen om gebruik te maken van een vijf punts Likertschaal (helemaal mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens, helemaal mee eens). Het geven van maximaal tien antwoordalternatieven werkt bij een vragenlijst het meest effectief, gezien het feit dat medewerkers de vraag dan eenvoudig kunnen beantwoorden (Baarda, Kalmijn, & de Goede, 2015). Aan de medewerkers is gevraagd de vragenlijst digitaal in te vullen, zodat de resultaten daarna direct via Excel konden worden verwerkt.

De werving van de medewerkers vond plaats via een e-mail met daarin een uitnodiging voor het maken van de vragenlijst. Daarnaast zijn medewerkers in de mail geïnformeerd over het doel van het onderzoek en wat met de resultaten van het onderzoek gedaan zal worden. Dit werd gedaan om de medewerkers te enthousiasmeren voor het onderzoek en door ze te laten weten dat zij voordelen konden behalen door mee te werken aan het onderzoek (Baarda, et al., 2012). Er is tevens aan de medewerkers uitgelegd dat de resultaten geanonimiseerd worden en hierdoor niet herleidbaar zijn naar een medewerker. Om de respons

van de vragenlijst te vergroten werd, een week na het verzenden van de vragenlijst, een reminder aan de thuiszorgmedewerkers gestuurd.

3.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie tijdens het uitvoeren van de vragenlijst bestond uit thuiszorgmedewerkers van de RSZK. De populatie ondervraagde medewerkers bestond uit de twee teams van de RSZK die op dat moment al enige tijd over waren naar het ECD, namelijk team Bladel-Oost en team Eersel, totaal bestaande uit 45 medewerkers. Tijdens het selecteren van de onderzoekspopulatie zijn een aantal in- en exclusiecriteria gebruikt, om zo een verscheidenheid te creëren in verschillende medewerkers. In totaal zijn er hierdoor 36 medewerkers benaderd om de vragenlijst in te vullen.

De inclusiecriteria voor dit deelonderzoek waren:

- Zorgprofessionals die langer dan zes maanden werkzaam zijn binnen de RSZK
- Zorgprofessionals van niveau drie en vier

De exclusiecriteria voor dit deelonderzoek waren:

- Medewerkers die een niet zorggerelateerde functie hebben
- Helpenden en wijkverpleegkundigen

De helpenden zijn in dit onderzoek geëxcludeerd omdat deze in mindere mate met het ECD werken, de helpende rapporteert enkel via het ECD en houdt verder geen zorgplannen bij of past deze aan. Daarnaast zijn de wijkverpleegkundigen geëxcludeerd, omdat zij de indicatie stellen binnen hetzelfde programma als het ECD, is ervoor gekozen om de wijkverpleegkundigen in dit onderzoek te excluderen, omdat zij al geruime tijd werken met hetzelfde programma en dit een vertekening van de resultaten zou betekenen.

Voor het gebruik van de data die de medewerkers aan de onderzoekers hebben verstrekt, is een informed consent opgesteld. De informed consent is opgesteld om de medewerkers te informeren over het doel van het onderzoek en wat er met de resultaten van het onderzoek werd gedaan. Daarnaast werden de

medewerkers geïnformeerd over de mate van de anonimiteit van de resultaten en hoe lang de resultaten bewaard blijven (zie bijlage 4).

3.4 Data-analysemethode

De verzamelde data is weergegeven aan de hand van beschrijvende statistiek. Vanuit de beschreven statistiek, konden vervolgens conclusies worden getrokken uit de verkregen data (Baarda, et al., 2012). Om dit duidelijk en inzichtelijk weer te geven, is ervoor gekozen om dit te doen aan de hand van een tabel en staafdiagrammen. Er is gekozen om Excel te gebruiken om de resultaten te analyseren, omdat Excel veel statistische bewerkingen en analyses kan laten uitvoeren (Baarda, et al., 2012). Daarnaast had de onderzoeker meer ervaring met het gebruik van Excel, dan met andere data-analyseprogramma's.

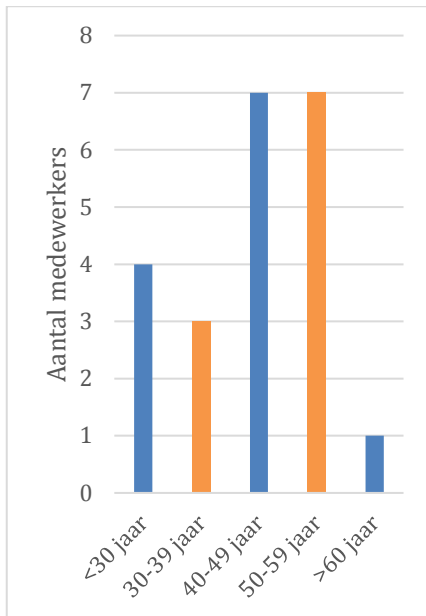
3.5 Resultaten deelonderzoek

Van de 36 verstuurde vragenlijsten zijn 22 vragenlijsten bij de onderzoeker ingevuld retour gekomen. Er is voor gekozen de resultaten te clusteren in verschillende thema's, zodat per thema aanbevelingen kunnen worden gedaan aan de RSZK. De clustering van de thema's is gedaan aan de hand van de onderzochte onderwerpen. Er is hierbij gekeken naar vragen die relevant aan elkaar te verbinden waren, waarbij de onderzoeker samen met onderzoekspartner heeft gekeken wat goed bij elkaar paste. Een overzicht van alle respons op de vragen is opgenomen in de bijlage (zie bijlage 7). Er is door de onderzoeker gekeken naar verschillen tussen de respons van thuiszorgteam Bladel-Oost ten opzichte van thuiszorgteam Eersel, maar hieruit kwamen geen grote verschillen naar voren.

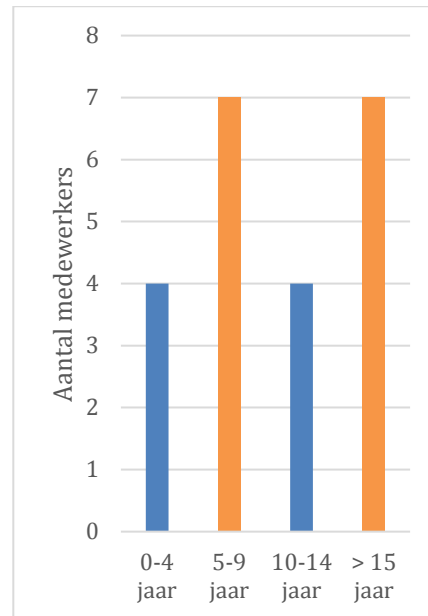
Persoonlijke kenmerken respondenten

Alle respondenten waren van het vrouwelijk geslacht, wat in de lijn der verwachting was; er was geen enkele man werkzaam in de twee onderzochte thuiszorgteams. Om een beeld te krijgen van de leeftijdsspreiding van de respondenten van de vragenlijst, is door middel van een meerkeuzevraag in de vragenlijst aan de respondenten gevraagd welke leeftijd zij hadden. Hieruit blijkt

dat de meeste respondenten een leeftijd tussen 40 en 59 jaar hadden (zie figuur 1).



Figuur 1: Leeftijden respondenten

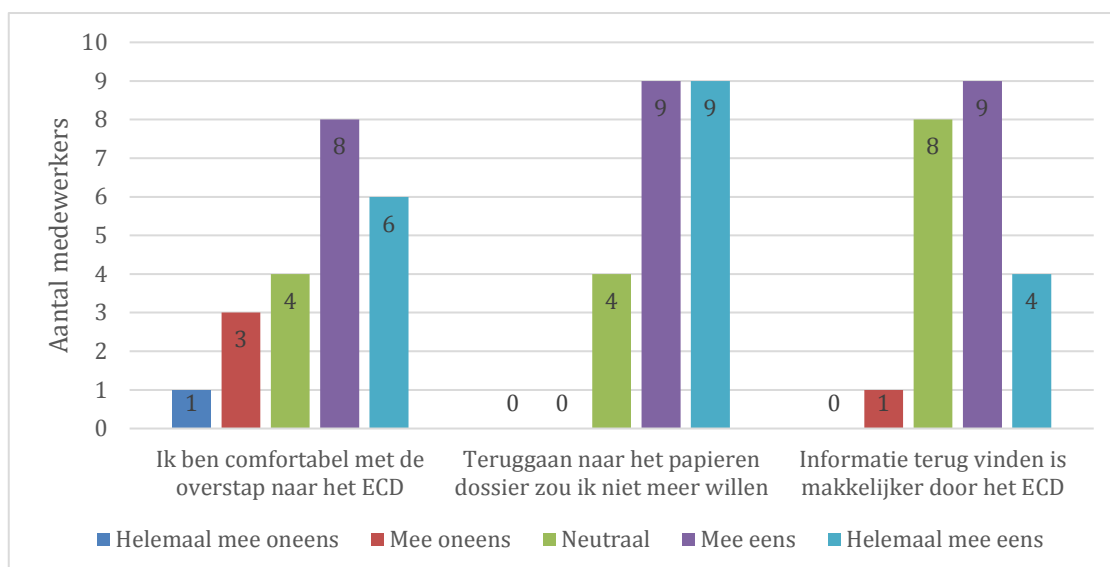


Figuur 2: Werkervaring respondenten binnen de RSZK

Ook is de respondenten gevraagd hoeveel jaar zij binnen de RSZK werkzaam zijn. De resultaten hiervan zijn opgenomen in figuur 2.

Overstap van het papieren dossier naar het ECD

Het merendeel van de respondenten, namelijk 82 procent geeft aan helemaal of grotendeels comfortabel te zijn met de overstap naar het ECD. Alle respondenten staan relatief positief (minimaal neutraal) tegenover het ECD en willen niet meer terug naar het papieren dossier. Daarnaast vindt 95 procent, dat informatie minimaal even gemakkelijk is terug te vinden in het ECD in vergelijking tot het papieren dossier (zie figuur 3).



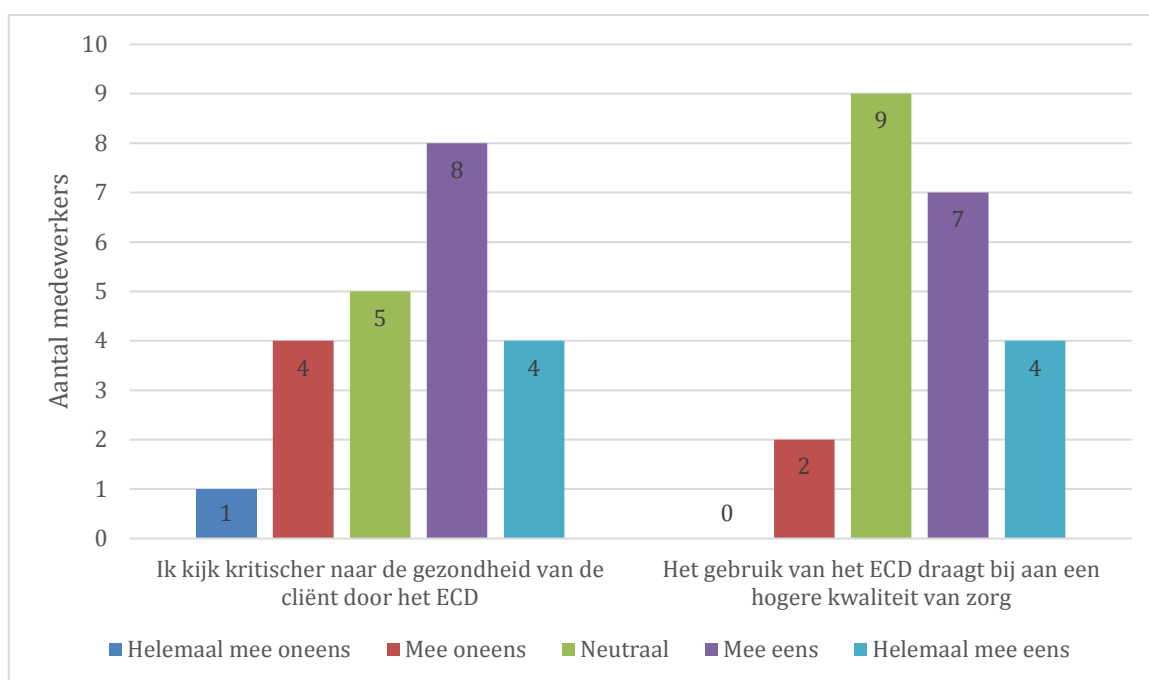
Figuur 3: Resultaten vragenlijst overstap van het papieren naar het elektronisch dossier

Kennis van medewerkers over het ECD

Uit de enquêtes is gebleken dat 45 procent van de respondenten de training hoe te werken met het ECD als onvoldoende heeft ervaren. Daar staat tegenover dat 86 procent van de respondenten aan gaf over voldoende kennis te beschikken om de functies binnen het ECD optimaal te benutten. Alle respondenten gaven aan dat zij veel steun ondervonden aan de ambassadeurs en key-users wat betreft het gebruik van het ECD. Wanneer de respondenten vragen hadden over het werken met het ECD konden zij te allen tijde terecht bij de ambassadeurs en key-users om vragen te stellen, deze uitkomsten ervaren zij allen als positief om de kennis over het ECD te verhogen. Toch gaf 22 procent van de respondenten aan een aanvullende scholing te willen om het ECD beter te begrijpen. Het merendeel van de respondenten gaf aan te weten waar bijzonderheden moeten worden gerapporteerd. Zij gaven ook aan dat zij in staat zijn zelfstandig een zorgplan en anamnese aan te passen of aan te vullen.

Kwaliteit van zorg omtrent de gezondheid van de cliënt

Het merendeel van de respondenten gaf aan dat zij door middel van het ECD kritischer kijken naar de gezondheid van de cliënt. Het is opvallend dat 23 procent van de respondenten aan gaf door het ECD niet kritischer naar de gezondheid van de cliënt te kijken, zeker ten opzichte van de 55 procent van de respondenten die aangaven dat zij kritischer naar de gezondheid van de cliënt kijken door het gebruik van het ECD (zie figuur 4).

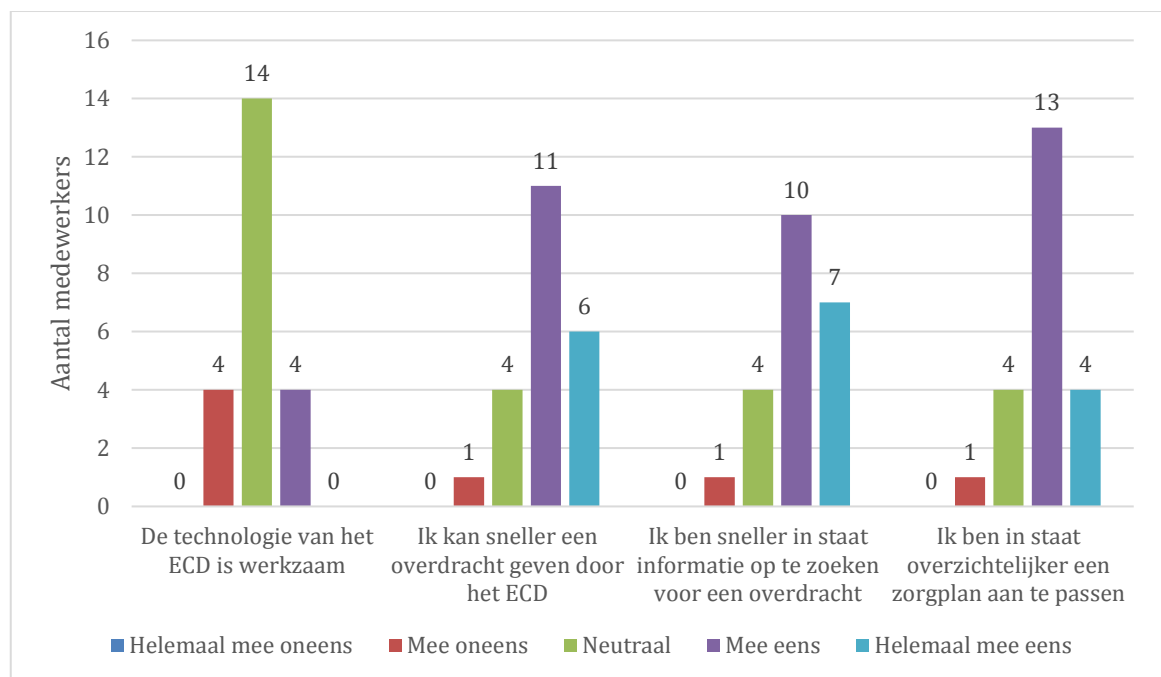


Figuur 4: Resultaten vragenlijst omtrent het kritisch kijken naar de cliënt en kwaliteit van zorg

De grootste groep respondenten, namelijk vijftig procent, zag door de komst van het ECD een verbetering ontstaan van de kwaliteit van zorg. Daarnaast gaf veertig procent van de respondenten aan hier neutraal tegenover te staan. De overige tien procent geeft aan niet te zien dat de kwaliteit van zorg door het ECD wordt verbeterd (zie figuur 4).

Technologie van het ECD

Het valt op dat de respondenten aangaven relatief neutraal te zijn over de mate waarop het systeem werkt. Uit de vragenlijsten bleek dat het overgrote deel van de respondenten sneller een overdracht kan opstellen en geven over een cliënt door middel van het ECD. Slechts vijf procent, wat gelijk staat aan één respondent, gaf aan door het gebruik van het ECD langzamer informatie te vinden en een overdracht op te kunnen stellen. Het valt hierbij op dat deze respondent aangaf pas sinds maximaal vier weken te werken met het ECD. Een groot deel van de respondenten, 77 procent, gaf aan dat zij door het ECD in staat zijn een overzichtelijker zorgplan op te stellen dan in de tijd met het papieren dossier. Slechts één respondent gaf aan het hier niet mee eens te zijn en is niet in staat om een overzichtelijker zorgplan op te stellen binnen het ECD (zie figuur 5).



Figuur 5: Resultaten vragenlijst omtrent de technologie van het elektronisch dossier

Devices tijdens het werken met het ECD

De respondenten die de enquête hebben ingevuld staan relatief positief tegenover de tijd die zij hebben gekregen om te wennen aan het ECD en hiermee te werken zoals van hen wordt verwacht. Zo gaf 86 procent van de respondenten aan voldoende tijd gehad te hebben om hieraan te wennen. Het rapporteren via een iPad in het ECD werd evenals als positief beschreven, 72 procent van de respondenten gaf aan de iPad een prettig hulpmiddel te vinden om te rapporteren. Hoewel de respondenten aangaven positief te zijn over de tijd die zij hebben gekregen om met het ECD te werken gaf toch 32 procent van de respondenten aan op dit moment problemen te ervaren tijdens het werken met het ECD. Op de vraag hoe de respondenten het vinden dat er twee veranderingen tegelijkertijd zijn geïmplementeerd (te weten verandering NANDA/NIC/NOC en ECD) gaf 59 procent van de respondenten aan dat zij dit als prettig ervaren. Hierbij gaf 27 procent van de respondenten neutraal te staan tegenover deze veranderingen.

3.6 Conclusie deelonderzoek

De deelvraag in dit onderzoek luidde: *“Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals van de thuiszorgteams Bladel-Oost en Eersel met betrekking tot de implementatie van het ECD?”*.

Uit de retour ontvangen vragenlijsten kan worden geconcludeerd dat de respondenten over het algemeen tevreden zijn over de overstap van het papieren dossier naar het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) en dat zij niet meer terug willen naar het papieren dossier. Uit de resultaten blijkt dat het ECD bij relatief veel respondenten een bijdrage levert aan het kritisch kijken naar de gezondheid van de cliënt.

Een deel van de respondenten gaf aan dat de scholing die zij hebben ontvangen ter voorbereiding op het werken met het ECD onvoldoende was. Het is daarbij vooral opvallend dat er geen verschil zit in de resultaten van team Bladel-Oost (de pilot-afdeling) en team Eersel, waaruit geconcludeerd kan worden dat er niet voldoende is aangepast in de scholing aan de hand van de mening van de pilot-

afdeling. Daar tegenover werd door het overgrote deel van de respondenten opgemerkt dat zij geen aanvullende scholing nodig achten om naar behoren te werken met het ECD. Om te onderzoeken waar dit verschil vandaan komt, is hier in de focusgroep uit het andere deelonderzoek (zie hoofdstuk 4) ook bij stilgestaan.

Wel gaf het merendeel aan een verbetering te zien in de snelheid waarop een overdracht kan worden gemaakt en de mate waarin zij overzichtelijker een zorgplan kunnen opstellen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de implementatie van het ECD bijdraagt aan het efficiënt werken. Er werd wel aangegeven dat er relatief veel wordt aangelopen tegen problemen rondom de technologie van het ECD, waar in de focusgroep ook dieper op in is gegaan.

4. Deelvraag 3

In dit hoofdstuk zal de volgende deelvraag centraal staan: *“Welke belemmeringen ondervinden zorgprofessionals van de thuiszorgteams Bladel-Oost en Eersel tijdens de implementatie van het ECD?”*. In de onderzoeksbenadering zal worden beschreven hoe dit is onderzocht.

4.1 Onderzoeksbenadering

Voor deze deelvraag van het onderzoek is gekozen voor kwalitatief beschrijvend onderzoek. Hier is voor gekozen omdat hierdoor de naar voren gekomen onderwerpen en topics in de literatuurstudie (deelvraag één) het beschrijvend deel van het onderzoek (deelvraag twee) verder uitgediept konden worden (Baarda, et al., 2012). Er is gekozen voor een focusgroepinterview, omdat tijdens de focusgroep de mening van de deelnemers door de interactie met andere deelnemers meer diepgang gecreëerd kan worden, wat een grote meerwaarde biedt ten opzicht van één op één interviews (Kinébanian, Satink, & Nes, 2006). Tijdens de focusgroep is de onderzoeker gestart met semigestructureerde vragen, om zo de discussie op gang te brengen, waardoor dieper op het onderwerp kon worden ingegaan. Er is gebruik gemaakt van twee verschillende focusgroepen, om zo het draagvlak te vergroten en omdat hierdoor de verwachting was dat er een betere verzadiging bereikt kon worden (Boeije, 2014). Ook werd hiervoor gekozen omdat het onderzoek in twee verschillende teams werd gehouden.

4.2 Dataverzamelingstechniek

Door vooraf een topiclist te maken, maar wel ruimte te houden voor de inbreng en mening van de geïnterviewde medewerkers, werd het onderzoek een semigestructureerde focusgroep (Boeije, 2014). Door dit deelonderzoek kon met het kwalitatieve deel dieper worden ingegaan op de topics, waardoor gekomen kan worden tot beter onderbouwde adviezen richting de organisatie (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005). De eerste focusgroep werd uitgevoerd na de teamvergadering, de tweede focusgroep tijdens de teamvergadering. Hiervoor is

gekozen om een hogere respons te krijgen. De deelnemers hebben vooraf via een e-mail een uitnodiging ontvangen met informatie over de focusgroep en het doel van het onderzoek.

De vragen die in de focusgroepen zijn gesteld, werden gebaseerd op een vooraf opgestelde topiclist, waarbij gebruik werd gemaakt van voorkennis uit de gehouden vragenlijst en het literatuuronderzoek. Uit de literatuurstudie kwam naar voren dat het inzetten van ambassadeurs als key-users een effectief middel is voor de implementatie van een technologische verandering, waardoor dit in de focusgroep terug kwam. Daarnaast zijn een aantal topics naar voren gekomen uit het eerste deelonderzoek, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Deze topics zijn: de basisscholing, de hoeveelheid tijd die de medewerkers hebben gehad om te wennen aan het ECD en tegen welke problemen wordt aangelopen met betrekking tot de devices (de iPads). In bijlage 8 is een uitgebreide topiclist met bijpassende vragen toegevoegd.

Voorafgaand aan het opstellen van de topiclist en het vorm geven van de focusgroep, is door de onderzoeker contact gezocht met een adviseur onderzoek binnen Cubiss. Cubiss is een bedrijf dat zich richt op onderzoek binnen het bibliotheekwezen in Zuid-Nederland en de gecontacteerde expert (L. Jans, MA) heeft veel ervaring op het gebied van het begeleiden van focusgroepen. Zij heeft de onderzoekers voorzien van advies over de inhoud van de topiclist en valkuilen rondom het houden van een focusgroep. Voorbeelden van valkuilen waren de balans weten te houden tussen positieve en negatieve reacties op het onderwerp en de focusgroep zo structureren dat er binnen de gestelde tijd ook antwoord wordt gegeven op alle vragen.

Aan het begin van de focusgroep werd een inleiding gegeven over het onderzoek en dat de topics die aan bod zullen komen geprioriteerd zijn aan de hand van de uitkomsten van het eerste deelonderzoek, waarna door middel van deze topics een groepsgesprek op gang werd gebracht. Aan het einde werd de respons door de onderzoeker samengevat en teruggelegd bij de medewerkers, die hier vervolgens op konden reageren. Daarnaast is, als aanvulling op deze membercheck, ook per mail een opsomming van de resultaten en getrokken

conclusies toegestuurd aan de medewerkers, zij kregen twee weken lang de mogelijkheid hierop te reageren. Hier zijn geen reacties uit gekomen.

4.3 Onderzoekspopulatie

De totale populatie van de twee thuiszorgteams bestond uit 36 medewerkers (inclusief stagiaires en leerlingen). Er is gekozen voor twee focusgroepen in twee verschillende teams, namelijk team Bladel-Oost en team Eersel.

De onderzoeker ging door non-respons uit van een grootte van de focusgroep van ongeveer tien medewerkers per groep. Hierdoor zou de groepsgrootte klein genoeg zijn om iedereen aan het woord te laten komen, maar groot genoeg om een levendige discussie te creëren (Boeijs, 2014).

De inclusiecriteria hierbij waren:

- Zorgprofessionals van niveau drie en vier
- Zorgprofessionals die gebruik maken van het ECD
- Zorgprofessionals werkzaam in de thuiszorg

De exclusiecriteria bij dit deelonderzoek waren:

- Medewerkers met een functie buiten de directe zorg om (managers, huishoudelijke hulp)
- Helpenden en wijkverpleegkundigen

De helpenden zijn geëxcludeerd, omdat zij het ECD enkel gebruiken om te rapporteren en niet om zorgplannen op te stellen of te onderhouden. Daarnaast zijn de wijkverpleegkundigen geëxcludeerd, omdat zij de indicatie stellen binnen hetzelfde programma als het ECD, is ervoor gekozen om de wijkverpleegkundigen in dit onderzoek te excluderen, omdat zij al geruime tijd werken met hetzelfde programma en dit een vertekening van de resultaten zou betekenen.

In de resultaten is mee genomen hoelang een medewerker al met het ECD werkt op het moment van bevraging, waardoor gekeken kon worden of er een verband was tussen hoelang een medewerker werkt met het ECD en wat de ervaringen zijn.

De antwoorden die tijdens de focusgroep werden gegeven, zijn tijdens de uitwerking geanonimiseerd om zo de deelnemers te motiveren om geen sociaal wenselijke antwoorden te geven (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005). Iedere deelnemer heeft voorafgaand aan de focusgroep een informed consent formulier ondertekend (zie bijlage 4) en heeft op deze manier toestemming gegeven voor het anoniem gebruik maken van uitspraken tijdens de focusgroep, het opnemen van de focusgroep middels audio-opname en het bewaren van de data (met een bewaartermijn van zes jaar) (Baarda, et al., 2012; Nederstigt & Stortelder, 2017).

4.4 Data-analysemethode

Vooraf is een tijdsduur van één uur per focusgroep vastgesteld. Er is gekozen om de inbreng van de deelnemers middels audio-opname op te nemen, zodat deze inbreng tijdens de data-analyse getranscribeerd kon worden. Door de audio-opnames te transcriberen kon de data geanalyseerd worden. Na het schrappen van de irrelevante tekst (tekst die niet aansloot op het onderzoek), is gebruik gemaakt van een thematische analyse (Braun & Clark, 2006). Hierbij hebben beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar de transcripties geanalyseerd en de thema's vastgesteld. Deze zijn hierna met elkaar vergeleken. Door dit onafhankelijk van elkaar te doen, werd de kans op het missen van relevante thema's kleiner. Er is gekozen om vanuit het verpleegkundig perspectief de data op te splitsen in relevante thema's (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005).

4.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek

Voor de kwaliteitsborging van dit deelonderzoek is gebruik gemaakt van peer-debriefing, waarbij de onderzoekers samen aanwezig zijn geweest bij de focusgroepen. Samen hebben de onderzoekers conclusies gecontroleerd, om zo tot een meer valide conclusie te komen. De focusgroepen zijn opgenomen en volledig uitgeschreven. Daarnaast is gebruik gemaakt van een membercheck; de uitkomsten van de focusgroep en de hieraan verbonden conclusies zijn, na het opstellen, per mail verstuurd naar de deelnemers van de focusgroep om zo de interpretaties van de onderzoeker te toetsen. Door dit te doen, kon de

betrouwbaarheid van het onderzoek worden vergroot (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005).

4.6 Resultaten deelonderzoek

Van alle uitgenodigde medewerkers hebben aan de eerste focusgroep (in team Bladel-Oost) in totaal zes medewerkers deelgenomen. Aan de tweede focusgroep (in team Eersel) hebben zeven medewerkers deelgenomen. De topics die in de focusgroep aan bod kwamen, zijn hieronder per onderwerp beschreven.

Basisscholing ECD

De medewerkers van beide onderzochte thuiszorgteams liepen er tegenaan dat de basisscholing onvoldoende inhoudelijk aansloot op de behoeften van de medewerkers. Er werd daarentegen door beide teams aangegeven dat een aanvullende scholing in het gebruik van het ECD niet wenselijk is.

Een groot deel van de basisscholing ging over het intramurale zorgplan, dat volgens een andere methode is opgebouwd dan extramuraal en daardoor compleet verschillend is. Tijdens de basisscholing die is gegeven aan de pilot-afdeling, zaten intramurale en extramurale medewerkers door elkaar heen. Door de pilot-afdeling is aangegeven dat dit niet praktisch werkte met het voorstel om dit aan te passen naar een groep enkel intra- en een groep extramuraal. Tijdens het focusgroepinterview in thuiszorgteam Eersel kwam aan de orde dat dit niet is doorgevoerd, en dat ook hier medewerkers intramuraal en extramuraal door elkaar heen zaten.

“Het was dan ook wel jammer dat intramuraal en de thuiszorg samen zaten, dit was ook heel verwarrend.” (Focusgroep 2).

Meerwaarde van ambassadeurs

De medewerkers gaven tijdens de focusgroepinterviews ook aan dat zij het idee hadden dat de ambassadeurs niet voldoende kennis bezaten over het ECD, met in het bijzonder het NNN-deel, om hier een adequate uitleg over te geven.

De medewerkers van thuiszorgteam Bladel-Oost liepen er tijdens de implementatie tegenaan dat de lijntjes met de ambassadeurs te lang waren, de ambassadeurs zijn eenmalig tijdens de scholing gezien en daarna snel uit beeld verdwenen.

“Ja, je kon op de site dan zien wie het waren en daar stond dan een naam bij, maar het was niet echt duidelijk van: mocht je nog vragen hebben, dan kun je ons bereiken.” (Focusgroep 1).

Daarnaast was er geen ambassadeur aanwezig binnen het eigen team, dat door thuiszorgteam Bladel-Oost als negatief werd ervaren. Er werd hierdoor geen gebruik gemaakt van de ambassadeurs, omdat de medewerkers deze niet direct konden benaderen met vragen. Wanneer zij tegen een probleem in het ECD aanliepen, wilden ze direct antwoord op de vraag en niet eerst een mail sturen in afwachting tot een antwoord.

Binnen thuiszorgteam Eersel was wel een ambassadeur werkzaam, wat door het team als zeer grote meerwaarde werd gezien. De medewerkers gaven aan dat een ambassadeur in ieder team van grote waarde zou zijn tijdens een grote implementatie, omdat zo de lijntjes kort worden gehouden en medewerkers direct antwoord kunnen krijgen op de vragen die zij hebben.

Aanvullende scholing NNN

Een extra scholing met betrekking tot NNN, waardoor efficiënter gewerkt kan worden met het ECD (duidelijker en sneller rapporteren op de doelen) wordt door beide teams als wenselijk geacht.

“Ik ben af en toe nog wel aan het zoeken inderdaad als ik aan het rapporteren ben onder welk aspect ga ik dat wegzetten.” (Focusgroep 2).

“... die NANDA NIC NOC, dat is voor iedereen ook wel een dingetje. Het is nog heel erg wennen, het is soms onduidelijk van waar moet ik het zoeken en waar wat hoort.” (Focusgroep 1).

Naast een aanvullende scholing gaven de medewerkers ook aan dat zij behoefte hebben aan een soort begrippenlijst, waarin de moeilijkere termen uit de diagnoses en interventies worden toegelicht. Het rapporteren middels de NNN-methodiek wordt als lastig ervaren, door de grote hoeveelheid diagnoses en een, voor de medewerkers, minder overzichtelijk plan.

Tijdspad implementatie

Door de medewerkers van beide thuiszorgteams werd aangegeven dat de implementatie volgens een strak tijdspad is verlopen, de medewerkers werden voor het blok gezet om over te stappen. Door de thuiszorgteams werd dit juist als fijn ervaren:

“Ik vind persoonlijk dat je soms gewoon moet schakelen, want anders ervaar je niet hoe het is... Soms moet je het ook door het te doen, ervaren wat je tegenkomt.” (Focusgroep 1).

Het motto ‘ECD... gewoon doen!’ dat de RSZK tijdens de implementatie heeft gehanteerd, sloot goed aan op hoe de medewerkers tegen de overgang aan keken en wat in de ogen van de medewerkers de beste manier is om deze grote verandering door te voeren. De medewerkers van thuiszorgteam Bladel-Oost liepen er over het algemeen niet tegenaan dat zij te weinig tijd kregen om te wennen aan het ECD, in Eersel was dit anders. De medewerkers van thuiszorgteam Eersel gaven aan dat zij te weinig tijd hebben ervaren om te wennen aan het ECD, waardoor er veel stress was binnen het team. Na enkele weken wennen, was dit voorbij.

“We hadden die dag de scholing gehad, waarna ik niet wist wat ik moest doen. De dag erna moesten we meteen beginnen met het rapporteren.” (Focusgroep 2).

Gebruik van technologie

Tijdens het focusgroepinterview in thuiszorgteam Bladel-Oost gaven de medewerkers aan tegen de verbinding van de iPad aan te lopen: de verbinding is in het buitengebied niet zoals het zou moeten zijn. De internetverbinding valt regelmatig weg, waardoor je niet in het ECD kunt. Daarnaast geven de medewerkers aan het vervelend te vinden om steeds opnieuw in te loggen om in het ECD te komen. De medewerkers vinden dat hierin een verbeter slag valt te behalen. De medewerkers van beide thuiszorgteams waren verdeeld over de aanschaf van een toetsenbord voor de iPad; een aantal medewerkers merkt dat ze niet blind kunnen typen zonder toetsenbord en hierdoor langer bezig zijn met rapporteren. Een aantal anderen gaven aan niet te ervaren dat het typen zonder toetsenbord meer tijd in beslag neemt.

“Nou sommige collega’s hebben zelf een toetsenbord aangeschaft, maar voor mij hoeft dit niet.” (Focusgroep 2).

4.7 Conclusie deelonderzoek

De deelvraag in dit onderzoek luidde: *“Welke belemmeringen ondervinden zorgprofessionals van de thuiszorgteams Bladel-Oost en Eersel tijdens de implementatie van het ECD?”*.

Uit de focusgroepinterviews zijn meerdere aspecten naar voren gekomen. Allereerst blijkt de gegeven scholing onvoldoende aan te hebben gesloten op de behoeften van de medewerkers. De medewerkers waren namelijk onvoldoende voorbereid op de verandering van het ZLP naar NNN, waardoor zij hier tegenaan liepen tijdens de scholing. Daarnaast is er geen of niet voldoende gebruik gemaakt van de feedback die hierover werd gegeven door de pilot-afdeling, waardoor de teams die later overgingen naar het ECD tegen dezelfde problemen aan liepen als de pilot-afdeling. De scholing werd gegeven door ambassadeurs waarbij door de medewerkers van de onderzochte thuiszorgteams werd getwijfeld aan de hoeveelheid kennis die de ambassadeurs bezaten over het NNN-deel.

Daarnaast kwam naar voren dat medewerkers van thuiszorgteam Bladel-Oost een ambassadeur binnen het eigen team hebben gemist, waardoor de ambassadeurs niet werden benaderd met vragen. De lijntjes waren hiervoor niet kort genoeg. Thuiszorgteam Eersel gaf aan dat zij van mening waren dat een ambassadeur binnen het eigen team een grote meerwaarde had voor de implementatie.

Beide teams achtten een aanvullende scholing met betrekking tot het ECD niet gewenst. Echter ervaren beide teams een kennistekort over NNN en hoe men rapporteert op een zorgdoel, wat een grote belemmering is voor het werken met het ECD. Een aanvullende scholing gericht op NNN zou zeer gewenst zijn. Daarnaast lopen de medewerkers van beide teams er tegenaan dat er binnen de verpleegkundige diagnoses moeilijke woorden worden gebruikt, die zij niet goed begrijpen.

Het werd door beide thuiszorgteams als prettig ervaren dat ze in één keer overstapten op het ECD, zodat de medewerkers verplicht werden om mee te gaan in de verandering; je kon er niet omheen. Een kanttekening hierbij is wel dat de medewerkers van thuiszorgteam Eersel veel stress hebben ervaren door de tijdsdruk, wat na enkele weken wegebde.

Het werken met een iPad blijkt ook voor belemmeringen te zorgen. Het werken met een iPad zonder toetsenbord wordt door medewerkers wisselend ervaren. Een deel van de medewerkers geeft aan meerwaarde te zien in de aanschaf van een toetsenbord, het andere deel acht dit niet noodzakelijk. Binnen thuiszorgteam Bladel-Oost loopt men aan tegen verbindingsproblemen, zeker in de buitengebieden van het verzorgingsgebied.

5. Conclusie

In dit onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal: *“Welke ondersteuning hebben medewerkers van de thuiszorgteams van de RSZK nodig, naast de voorziene scholing en de inzet van ambassadeurs, om een succesvolle implementatie van het ECD te waarborgen?”*. In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op deze vraag, waarbij literatuur- en praktijkonderzoek samengevoegd zijn tot één conclusie.

Uit de literatuur blijkt dat ambassadeurs een grote meerwaarde hebben binnen implementatietrajecten. Dit wordt bevestigd door de gehouden vragenlijst en focusgroepen. Echter is een kanttekening hierbij wel dat de ambassadeurs die de scholing geven van zowel het ECD als NANDA/NIC/NOC goed op de hoogte moeten zijn om de scholing te kunnen geven. Daarnaast zou een ambassadeur in ieder team wenselijk zijn, om zo de lijntjes bij vragen kort te houden. Op dit moment geven de medewerkers aan geen extra ondersteuning van ambassadeurs binnen het eigen team nodig te hebben. Tijdens het overzetten van de dossiers en in de eerste weken na implementatie was dit wel wenselijk geweest.

De scholing werd volgens de resultaten van de vragenlijst door een deel van de medewerkers als onvoldoende beoordeeld. Uit de resultaten van de laatste deelvraag komt echter naar voren dat de scholing door nagenoeg iedereen onvoldoende werd beoordeeld, maar wel essentieel bevonden als onderdeel van de implementatie. De scholing had verbeterd kunnen worden aan de hand van de feedback die is gegeven door de pilot-afdeling, maar hierin is de RSZK achter gebleven. Zo is het advies uitgegaan om intra- en extramuraal tijdens de scholing te scheiden van elkaar, en dus een aparte training te geven aan intramurale medewerkers ten opzichte van de thuiszorg. Door dit te doen, sluit de scholing beter aan op de verschillende functiegroepen, wat ook vanuit de literatuur effectief blijkt te zijn. Dit is door de RSZK niet opgepakt.

Medewerkers geven aan ondersteuning nodig te hebben rondom NANDA/NIC/NOC. Er heerst bij de medewerkers nog veel onduidelijkheid over

het onderhouden van het zorgplan en het rapporteren op de zorgdoelen, waardoor aanvullende scholing hierin als essentieel wordt gezien. Een extra scholing met betrekking tot het gebruik van het ECD wordt door de medewerkers niet als wenselijk gezien.

Het inzetten van een pilot-afdeling wordt door de literatuur aangemerkt als sterke interventie voor de implementatie van een nieuwe technologie, mits de pilot is afgerond en geëvalueerd alvorens de uitrol naar de andere afdelingen in gang wordt gezet. Uit de praktijkonderzoeken blijkt dat de pilot onvoldoende is geëvalueerd en dat de verbetervoorstellen uit de pilot niet zijn overgenomen voor de uitrol.

Uit dit onderzoek blijkt dat de medewerkers geen ondersteuning nodig achten voor het werken met de iPad. Daarnaast geven de medewerkers aan dat het prettig werkt om in één keer over te stappen van papier naar digitaal.

6. Discussie

Er is in beide deelonderzoeken een relatief kleine onderzoeksgroep gebruikt ten opzichte van de totale populatie binnen de RSZK. Dit kwam doordat het ECD bij slechts drie teams (waar er maar twee van gebruikt zijn) was uitgerold op het moment van onderzoeken. Wanneer ervoor was gekozen het onderzoek op een later tijdstip uit te voeren (begin 2018), was het mogelijk geweest om de gehele thuiszorg met alle teams te onderzoeken. Het is niet duidelijk of dit andere conclusies zou opleveren, ten opzichte van de conclusies die nu zijn getrokken door de onderzoekers.

Door gebruik te maken van een team dat al enige tijd met het ECD werkte (Bladel-Oost) en een team dat net gestart was (Eersel) kon worden vergeleken of de pilotafdeling invloed heeft gehad op de uitrol in de rest van de organisatie, waardoor de onderzoeksvraag beter kon worden beantwoord.

Daarnaast was één van de onderzoekers zelf werkzaam binnen één van de onderzoeksgroepen (thuiszorgteam Bladel-Oost), wat vertekening kan geven op de resultaten (van Zwieten & Willems, 2004; van Maanen, 2014). Het zou hierdoor kunnen voorvallen dat de respondenten minder of minder eerlijk antwoord geven op de gestelde vragen. Door de onderzoeker is meermaals benadrukt dat de respondenten zo eerlijk mogelijk mogen antwoorden. Daar tegenover staat dat de onderzoeker reeds een vertrouwensband had met de aanwezige medewerkers van de eerste focusgroep, waardoor bleek dat zij open en eerlijk antwoord gaven op de gestelde vragen. Tijdens de focusgroepinterviews heeft de onderzoeker bewust stilgestaan bij zijn rol; hij was niet aanwezig als wijkverpleegkundige, maar als onderzoeker. Dit is gedaan door uitdrukkelijk te vermelden wat het doel van de focusgroep en de rol van de onderzoekers hierin was. Er werd in de focusgroepen benadrukt dat het onderzoek is uitgevoerd in het kader van de opleiding HBO-Verpleegkunde en dat de opdrachtgever voor het onderzoek de RSZK was. Daarbij werd ook vermeld dat de resultaten invloed zouden kunnen hebben op de implementatie en borging van het ECD, waarbij alles tips werden meegenomen.

Bij het opstellen van de vragenlijst is gebruik gemaakt van een andere onderbouwde vragenlijst, waardoor de validiteit werd verhoogd. De vragenlijst sloot niet exact aan op de te onderzoeken deelvraag, waardoor deze is bijgesteld door de onderzoeker (Giesen, Meertens, Vis-Visschers, & Beukenhorst, 2010). Over de betrouwbaarheid van zowel de bestaande als de gebruikte vragenlijst in dit onderzoek konden geen uitspraken worden gedaan, omdat de Cronbach Alpha hiervan niet berekend was en niet kon worden berekend door de kleine onderzoekspopulatie (Jansen, Joostens, & Kemper, 2004). De opgestelde vragenlijst is beoordeeld op bruikbaarheid door de peergroep en de afstudeerpartner, dit zijn niet de meest ideale personen gezien zij een ander niveau opleiding hebben dan de doelgroep van de vragenlijst. Echter waren zij zich hiervan bewust tijdens het beoordelen van de vragenlijst en hebben ze dit juist meegenomen in de beoordeling, door er met een andere blik naar te kijken (Giesen, Meertens, Vis-Visschers, & Beukenhorst, 2010). De respons op de vragenlijst was relatief hoog (ruim zestig procent), waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten van het onderzoek werden vergroot. De respons vanuit team Eersel viel tegen, tot er een reminder werd verstuurd door de onderzoeker. Hierna was de respons van dit team ongeveer gelijk met de respons van team Bladel-Oost. De trend bij vragenlijsten is dat de kans op non-response groot is, waarbij in de literatuur naar voren kwam dat de onderzoeker rekening moest houden met een respons vanaf vijf tot vijftig procent (Jones & Robinson, 2015). In dit onderzoek was de respons dus zeer hoog.

7. Aanbevelingen en suggesties

Naar aanleiding van het gedane onderzoek zijn de onderzoekers tot de volgende aanbevelingen en suggesties gekomen, waarbij niet alleen is gekeken naar de implementatie van het ECD maar ook naar eventuele volgende implementaties:

- *Aanvullende scholing NANDA/NIC/NOC*

Om het zorgplan goed te kunnen onderhouden en gericht op de zorgdoelen te kunnen rapporteren wordt voor de thuiszorgteams aanbevolen om een aanvullende scholing gericht op NANDA/NIC/NOC aan te bieden aan de medewerkers. Er heerst onduidelijkheid binnen de teams, die met een gedegen scholing verholpen kan worden. Deze onduidelijkheid komt voort uit de twee implementaties tegelijkertijd, waarbij de focus heeft gelegen op de implementatie van het ECD en niet op de NANDA/NIC/NOC. Er wordt dan ook aanbevolen om de medewerkers van in ieder geval niveau drie en vier te scholen in de essentie en het belang van de NANDA/NIC/NOC en hoe zij hiermee kunnen werken. Deze aanbeveling is gebaseerd op een vastgesteld kennistekort en op de wens van de betreffende medewerkers. Dit laatste is een sterk bevorderende factor voor het geven van een aanvullende scholing; er is een wens tot meer kennis. De wijkverpleegkundigen binnen de RSZK hebben door het indiceren volgens dit classificatiesysteem reeds ervaring opgedaan met NANDA/NIC/NOC, waardoor het aan te bevelen is om de scholing door de wijkverpleegkundigen binnen het eigen team te laten verzorgen. Een centraal opgestelde PowerPoint met uitleg kan hierbij helpen als leidraad, waarna een goede opzet zou zijn om de geleerde vaardigheden in de praktijk te oefenen door middel van voorbeeldcasuïstiek met begeleiding door de wijkverpleegkundige. Door dit toe te passen, kan het geleerde direct in de praktijk worden getoetst, waardoor een hoger leerrendement bereikt kan worden (van Schaijk & Verheijen, 2014; Dilaver, Torfs, & Wismans, G. z.j.). De wijkverpleegkundigen hebben een cursus Vakbekwaam Indiceren gevolgd, waardoor zij in principe op ongeveer dezelfde manier indiceren.

Echter is het vanwege het verschil in bijvoorbeeld woordkeuze, wat een belemmerende factor kan zijn, aan te bevelen om de wijkverpleegkundige van het eigen team de scholing te laten verzorgen. Hierdoor kan deze goed beter aansluiten op de gebruikte zorgplannen binnen het team, ten opzichte van een externe docent of trainer, wanneer deze de scholing zou geven. Het is aan te raden om een delegatie van de vakgroep wijkverpleegkundigen binnen de RSZK te vragen om hiervoor een scholing te ontwikkelen, zij hebben immers het beste zicht op het dagelijks gebruik van de NANDA/NIC/NOC.

- *Begrippenlijst vakjargon opstellen*

Het strekt de aanbeveling om een begrippenlijst op te stellen met moeilijke termen uit de vakjargon die veelvuldig in de zorgplannen gebruikt worden, als naslagwerk voor de niveau twee tot en met vier. Deze aanbeveling kwam voornamelijk in de tweede focusgroep naar voren, er bleek een grote behoefte te zijn aan een dergelijke begrippenlijst. Een alternatief voor een begrippenlijst zou zijn om de terminologie in het zorgplan aan te passen, waardoor het leesbaarder wordt. Echter door het aanleveren van een begrippenlijst als naslagwerk, worden de zorgprofessionals eerder gemotiveerd om de terminologie over te nemen, wat een professionalisering in taalgebruik binnen het team en naar externen bevordert. In de bijlage is een begrippenlijst opgenomen, die door de onderzoekers samen met een aantal verzorgenden en een verpleegkundige niveau vier van thuiszorgteam Bladel-Oost is opgesteld (zie bijlage 9). Hierna is de begrippenlijst voorgelegd aan thuiszorgteam Bladel-Oost en aangevuld aan de hand van de toevoegingen van de medewerkers binnen het team. De begrippenlijst kan worden geïmplementeerd door deze niet alleen via het intranet (mijnPLEIN) aan te bieden aan de medewerkers, maar ook binnen de teams te promoten. Dit laatste kan worden gedaan door zowel de wijkverpleegkundige als de teammanager.

- *Feedback van pilot-afdelingen meenemen bij de uitrol*

De essentie van het inzetten van pilot-afdelingen is het beoordelen van de bruikbaarheid van het te implementeren product of werkwijze en kinderziektes hieruit te halen. De feedback die hieruit voortkomt, kan helpen om de implementatie beter uit te rollen over de hele organisatie (Rasmussen, Lyng, & Jensen, 2012). In dit implementatieproject is deze mogelijkheid onvoldoende benut, waardoor de implementatie sneller en soepeler had kunnen verlopen. De RSZK kan hier een verbeterpunt uit meenemen voor implementatietrajecten in de toekomst waarbij gekozen gaat worden voor een pilot-afdeling; het is van belang om de pilot eerst af te sluiten, te evalueren en de verbeterpunten mee te nemen alvorens de uitrol door de organisatie door te voeren (Stienstra, Balsters, & van Tienhoven, 2008). Door goed te evalueren kan de uitrol vlotter verlopen en lopen de andere teams niet tegen dezelfde problemen aan als de pilot-afdeling, zeker kleine foutjes en ergernissen kunnen hierdoor worden voorkomen, waardoor tevens een groter draagvlak zal worden gecreëerd (Zweers, 2015).

- *Inzetten van bekwame ambassadeurs*

De ambassadeurs werden als grote meerwaarde gezien wanneer de lijntjes kort waren. Een ambassadeur binnen ieder team zou een goede optie zijn bij grote implementaties, om zo de lijntjes bij vragen kort te houden. Tevens draagt dit bij aan een vergroot draagvlak binnen de organisatie.

Wanneer ambassadeurs worden ingezet om een scholing te faciliteren voor medewerkers, dienen zij voorzien te zijn van voldoende kennis om vragen van medewerkers te beantwoorden (Actiz, 2013). Het is essentieel dat als, zoals bij deze implementatie, intra- en extramuraal op een andere werkwijze gaan werken, dat de ambassadeurs worden geschoold in beide onderdelen. Een alternatief kan zijn om ambassadeurs die werken binnen de intramurale setting ook enkel de intramurale scholingen te laten verzorgen en vice versa, waarbij een belemmerende factor kan zijn dat er meer ambassadeurs moeten worden aangesteld. Een bevorderende

factor hierbij is wel dat de ambassadeurs binnen het eigen werkveld over meer kennis beschikken van de context waarin de implementatie wordt uitgevoerd, wat resulteert in een hoger leerrendement en een groter draagvlak voor de implementatie (Zuiderwijk, 2016).

8. Bronnenlijst

- Actiz. (2013). *ECD-draaiboek versie 3.0*. Geraadpleegd op 7 september 2017, van www.zzpclientagenda.nl/Draaiboek/ECD-Draaiboek_v3.0.ppt
- Autoriteit persoonsgegevens. (z.j.). *Medisch dossier*. Geraadpleegd op 6 september 2017, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/medisch-dossier>
- Baarda, B., Bakker, E., van der Hulst, M., Julsing, M., Fischer, T., van Vianen, R., & de Goede, M. (2012). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Kalmijn, M., & de Goede, M. (2015). *Basisboek enqueteren*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D., de Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (z.j.). *Classificatie*. Geraadpleegd op 31 augustus 2017, van <http://vzi.venvn.nl/Standaarden/Classificatie>
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek; denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Braun, V., & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Clëntenrechten bij elektronisch verwerking van gegevens*. Geraadpleegd op 31 augustus 2017, van https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20161019/publicatie_wet/document3/f=/vk8f2rahsksv.pdf
- De Graaf-Waar, H., & Speksnijder, H. (2014). *Methodiek en systematiek voor de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi: 10.1007/978-90-368-0848-4_6
- De Graag, L. (2013, 01, 28). *Adoptie van het Elektronisch Clënten Dossier*, 12-13. Twente: Universiteit Twente.
- Dorst, J. v., Rosendal, d., & Metzelthin, d. F. (2017). Classificeren met Omaha versus NANDA. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 17-19. doi: 10.1007/s12468-017-0019-3

- Fontys Hogescholen. (z.j.). *Databanken*. Geraadpleegd op 12 oktober 2017, van <https://fontys.nl/HOME-MEDICATHEEK-1/Zoeken-en-vinden/Databanken-1.htm>
- Gagnon, M., Orruño, E., Asua, J., Abdeljelil, A., & Emparanza, J. (2012). Using a Modified Technology Acceptance Model to Evaluate Healthcare Professionals' Adoption of a New Telemonitoring System. *Telemedicine and e-Health*, 54-59. doi: 10.1089/tmj.2011.0066
- Giesen, D., Meertens, V., Vis-Visschers, R., & Beukenhorst, D. (2010). *Vragenlijstontwikkeling*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Helder, R. (2017). Zorggedreven implementatie van IT: betere uitleg, betere zorg. *Zorgvisie*, 47 (7), 33. doi: 10.1007/s41187-017-0108-y
- Jansen, E., Joostens, T., & Kemper, D. (2004). *Enqueteren*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Jones, I., & Robinson, T. (2015). *Onderzoeksmethoden voor Sportstudies*. London: Routledge
- Kinébanian, A., Satink, T., & Nes, F. v. (2006). *Onderwijs in wetenschap; lesbrieven voor paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kleijn, H., & Rorink, F. (2009). *Verandermanagement* (2 ed.). Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2005). *"derde versie" van beoordelingsformulier voor kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 14 september 2017, van http://extras.springer.com/2011/978-90-313-7600-1/Beoordeling%20kwalitatief%20onderzoek_CBO%202005.pdf
- Maeder, A., Martin-Sanchez, F., & Logan, J. (2012). Electronic health information system implementation models - a review. *Studies in Health Technology & Informatics*, 178, 117-123. doi: 10.3233/978-1-61499-078-9-117
- Mast, J. (2014). *Zoeken naar de gouden standaard*. Geraadpleegd op 14 oktober 2017, van <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/zoeken%20naar%20de%20gouden%20standaard.pdf>
- Nederstigt, J., & Stortelder, M. (2017). *Ethiek van praktijkgericht onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Park, H.-A., Min, Y., Jeon, E., Kim, Y., & Kim, H.-Y. (2012). Development of an Electronic Nursing Records System Based on Information Models and Clinical Practice Guidelines. *Studies in Health Technology & Informatics*, 180, 1206-1208. doi: 10.3233/978-1-61499-101-4-1206

- Peeters, J., & de Veer, A. (2015). eHealth: de sleutel voor succes. *Tijdschrift voor verpleegkundig experts*, 1, 36-37.
- Proot, I., van der Lyke, S., & Smits, M.-J. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Rasmussen, S., Lyng, K., & Jensen, S. (2012). Achieving IT-supported Standardized Nursing Documentation through Participatory Design. *Studies in Health Technology & Informatics*, 180, 1055-1059. doi: 10.3233/978-1-61499-101-4-1055
- Regionale Stichting Zorgcentra De Kempen. (2017). *Projectplan Elektronisch Cliënten Dossier*. Bladel: RSZK.
- Simac. (2017). *Wat is een Elektronisch Cliënten Dossier (ECD)?* Geraadpleegd op 4 september 2017, van <https://www.simac.com/nl/typeoplossingen/wat-is-een-elektronisch-clienten-dossier-ecd>
- Trautmann, F., Hentschel, L., Hornemann, B., Rentsch, A., Baumann, M., Ehninger, G., ... Schuler, M. (2016). Electronic real-time assessment of patient-reported outcomes in routine care-first findings and experiences from the implementation in a comprehensive cancer center. *Supportive Care in Cancer*, 24 (7), 3047-3056. doi: 10.1007/s00520-016-3127-0
- Tsakona, A., Paschali, K., Tsolis, D., & Skapetis, G. (2012). Hepatology Center for the Management of Patients with Hepatitis: Proposed Electronic Health Record. *International Journal of Caring Sciences*, 5 (2), 94-104.
- Van der Meer, J., & van der Molen, I. (2015). *ECD implementatie Groot Hoogwaak - lessons learned*. Geraadpleegd op 10 oktober 2017, van https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Presentaties/iCare_Platform_Groot_Hoogwaak_02042015.pdf
- Van der Pligt, J., & Blankers, M. (2013). *Survey-onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Van Haaren, E., Mast, J., de Graaf-Waar, H., & Martijn, R. (2017). *Klinisch redeneren en verpleegkundige classificaties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi: 10.1007/978-90-368-1708-0
- Van Schaijk, M., & Verheijen, M. (2014). Een ECD-implementatie in negen stappen. *Zorgvisie*, 16-17.
- Van Schaik, M., & de Gouw, M. (2017). *Borging ECD-implementatie: meer dan alleen techniek!*. Geraadpleegd op 13 september 2017, van <https://mxi.nl/nieuws/1762/borging-eed-implementatie-meer-dan-alleen-de-techniek.htm>
- Verhoef, J., Kuiper, C., & Munten, G. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Zorgleefplanwijzer. (z.j.). *De vier domeinen van het ZLP*. Geraadpleegd op 31 augustus 2017, van <https://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wat-is-een-zlp.html>
- Zuiderwijk, E. (2016). E-health: de casus Maarssenbroek. *Bijblijven*, 330-349. doi: 10.1007/s12414-016-0146-1
- Zweers, M. (2015). Eerst organiseren, dan automatiseren. *Skipr*, 8 (3), 28-29.

Bijlagen

Bijlage 1: Classificatiesystemen

In Nederland zijn verschillende classificatiemodellen beschikbaar voor de verpleegkundige. In de thuiszorg wordt voornamelijk gewerkt met de twee grote systemen NANDA/NIC/NOC (NNN) en met Omaha. Daarnaast wordt in de verpleeghuissetting en binnen sommige thuiszorgorganisaties gewerkt met het zorgleefplan (ZLP). In deze paragraaf wordt een vergelijking gemaakt tussen de verschillende systemen.

Het grote verschil tussen het ZLP en NNN is het aantal domeinen en de indeling van de diagnoses in deze domeinen. Binnen het ZLP is er sprake van vier domeinen (woon- en leefomstandigheden, mentaal welbevinden, sociaal welbevinden en lichamelijk welbevinden) (Zorgleefplanwijzer, z.j.) (zie Tabel 1). Binnen het classificatiesysteem van NNN is er sprake van dertien domeinen (gezondheidsbevordering, voeding, uitscheiding/uitwisseling, activiteit/rust, waarneming/cognitie, zelfperceptie, rollen/relaties, seksualiteit, coping/stress tolerantie, levensprincipes, veiligheid/bescherming, welbevinden, groei/ontwikkeling) (zie Tabel 1). De NANDA wordt aangevuld met de NIC en de NOC. De NIC is een classificatiesysteem voor verpleegkundige interventies en de NOC voor de verpleegkundige zorgresultaten. Door deze drie te combineren (NANDA/NIC/NOC, kortweg NNN), ontstaat een compleet ingedeeld beeld van het zorgplan, van diagnose naar interventie tot zorgresultaat (van Haaren, Mast, de Graaf-Waar, & Martijn, 2017). De NNN-classificatie is speciaal ontwikkeld voor de verpleegkundige zorg en wordt specifiek gebruikt ter ondersteuning van één van de pijlers van het verpleegkundig beroep: het klinisch redeneren (V&VN Verpleegkundige Zorg- en Informatietechnologie, z.j.). In 2017 is onderzoek gedaan naar het verschil in indicaties middels het classificatiesysteem van NNN versus Omaha, waaruit blijkt dat er een verschil is tussen de manier waarop de indicatie tot stand kwam. Bij een deel van de Omaha-gebruikers werd geconcludeerd dat het diagnostisch deel van het verpleegkundige proces minder secuur werd doorlopen, wat een verschil in diagnoses en interventies opleverde.

Het onderzoek betrof slechts een kleine groep wijkverpleegkundigen (N=31, NANDA = 7, Omaha = 24), waardoor vervolgonderzoek nodig is om het onderzoek representatief te maken (Dorst, Rosendal, & Metzelthin, 2017).

Mast (2014) deed namens Vilans onderzoek naar de gouden standaard met betrekking tot classificatiesystemen in de zorg. Uit haar onderzoek bleek dat er geen één gouden standaard is in Nederland. Er is veelal sprake van een verschil in terminologie, waarbij het uiteindelijke doel per classificatiesysteem hetzelfde is, namelijk: duidelijkheid in taal en transparantie bieden (Mast, 2014). Hierdoor is het niet noodzakelijk dat iedere organisatie volgens hetzelfde systeem zou moeten werken. In haar onderzoek benoemt Mast tevens dat het van belang is om de wijkverpleegkundige in het proces te betrekken, gezien zij degene is die uiteindelijk het zorgplan op stelt en de indicatie stelt.

Tabel 1

Verskillende classificatiesystemen

Zorgleefplan (ZLP)	NANDA	Omaha
Vier domeinen, onderverdeeld in: • Woon- en leefomstandigheden • Mentaal welbevinden (participatie) • Lichamelijk welbevinden	Dertien domeinen, onderverdeeld in: • Gezondheidsbevordering • Voeding • Uitscheiding/uitwisseling • Activiteit/rust • Waarneming/cognitie • Zelfperceptie • Rollen/relaties • Seksualiteit • Coping/stresstolerantie • Levensprincipes • Veiligheid/bescherming • Welbevinden • Groei/ontwikkeling	Vier domeinen, onderverdeeld in: • Omgeving • Psychosociaal • Fysiologisch • Gezondheids-gerelateerd gedrag
Primair ontwikkeld om de behoeften en wensen van een zorgvrager in kaart te brengen.	Primair ontwikkeld ter ondersteuning van het klinisch redeneren.	Primair ontwikkeld ter registratie van de zorginzet.

Bijlage 2: ECD – e-Health

Het ECD staat voor het Elektronisch Cliënten Dossier wat wordt gebruikt om gegevens rondom een cliënt en diens zorg vast te leggen. In het ECD staat beschreven welke behandeling een cliënt krijgt, welke diagnose er is gesteld ten aanzien van de gezondheid, de gezondheid wordt bijgehouden zowel in verbetering als verslechtering ook wordt beschreven welke zorg een cliënt krijgt en hoe deze zorg de cliënt beïnvloed. Het ECD moet niet worden gezien als een systeem wat instellingsafhankelijk is, maar als een systeem wat door meerdere instellingen wordt gebruikt. Het ECD is als het ware een software wat door meerdere leveranciers wordt geleverd (Simac, 2017). Het voordeel van het elektronisch vastleggen van cliëntengegevens is dat alle gegevens voor meerdere hulpverleners zichtbaar zijn en ook mogelijkheden geeft tot het inzien van het dossier door andere disciplines. Hierdoor kunnen meerdere disciplines vanuit een dossier bekijken welke cliëntengegevens voor welke doeleinden beschikbaar zijn en hoe de zorg voor een cliënt kan worden verbeterd (de Graag, 2013).

De Nederlandse overheid heeft eisen gesteld aan de manier waarop gegevens in het dossier worden vastgelegd. Elk jaar vindt er een controle plaats waarop zorgaanbieders een verantwoording af moeten leggen op de vastgelegde gegevens en registraties. In het ECD zijn de laatste jaren veranderingen doorgevoerd. Nu kunnen cliënten en vertegenwoordigers meelezen in het ECD.

Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is een instelling verplicht een medisch/verpleegkundig dossier bij te houden voor zijn/haar cliënten. Cliënten hebben vanuit de WGBO en deels vanuit de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) het recht het dossier wat voor hen wordt bijgehouden in te zien. Naast het recht om het dossier in te zien hebben cliënten ook het recht om aanvulling, correctie of eventuele vernietiging aan te vragen rondom het dossier. Het uitwisselen van cliëntengegevens mag alleen wanneer hier toestemming voor is gevraagd aan de desbetreffende cliënt. Deze uitwisseling wordt geregeld vanuit de WGBO en Wbp (Autoriteit persoonsgegevens, z.j.).

Het belang van het ECD

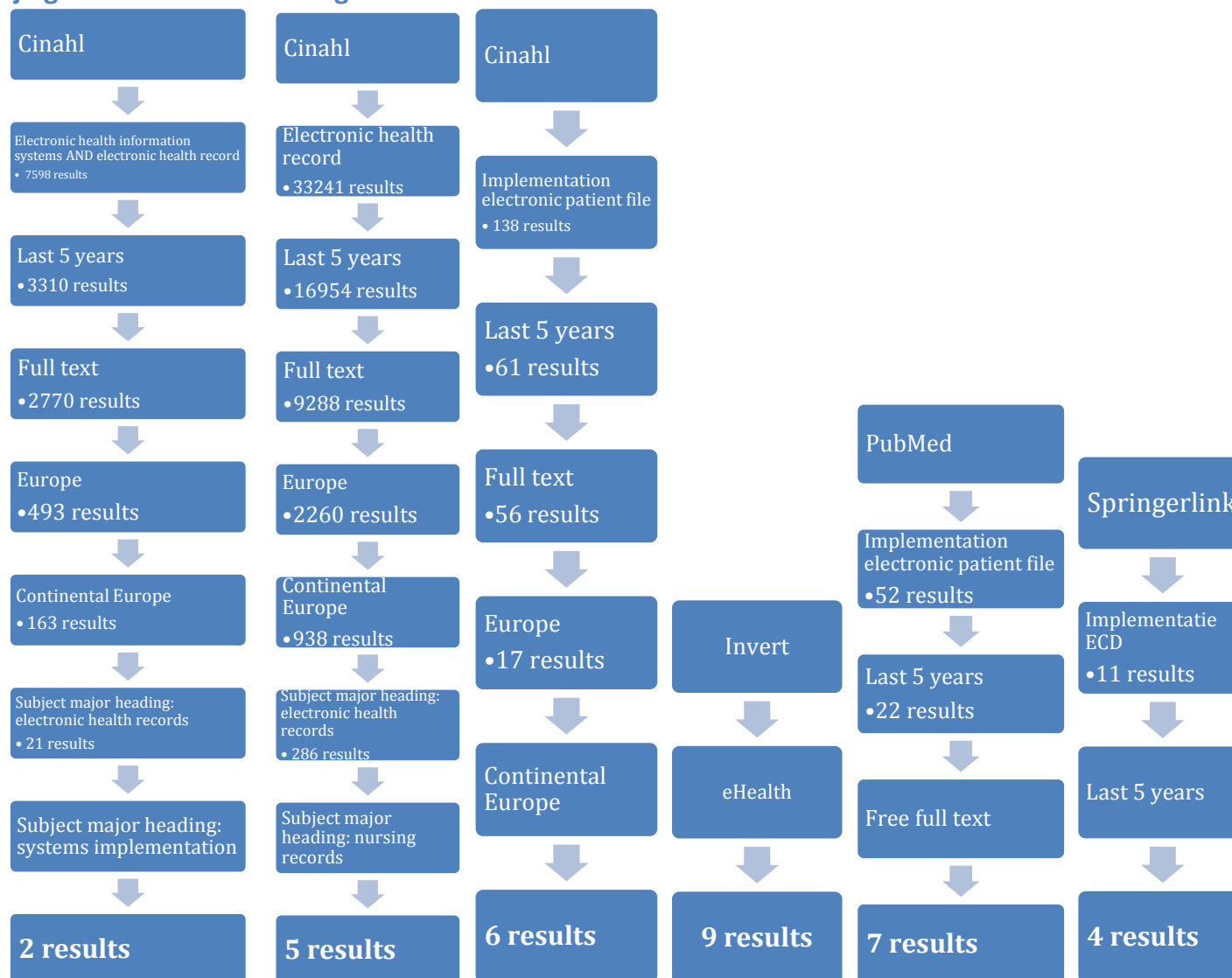
Voordeel van het gebruik van een ECD, en zo ook voor de implementatie daarvan, is onder andere dat digitale informatie beter leesbaar is en dat hiermee communicatiefouten worden teruggedrongen. In een ECD is informatie beter beschikbaar dan bij een papieren dossier, doordat gegevens geordend zijn opgesteld en niet naar losse aantekeningen hoeft te worden gezocht. Door de geordende informatie kunnen overdrachten en afstemmingen tussen zorgverleners en behandelaren gemakkelijker plaatsvinden. Informatie hoeft hierdoor niet volledig mondeling overgebracht te worden, doordat beide partijen informatie in kunnen winnen uit het digitale dossier, wat tijdswinst oplevert (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014). Daarnaast is de informatie niet plaats- en tijdsgebonden opgeslagen, waardoor bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige de cliënt ook op afstand in beeld kan houden en zo nodig op afstand kan doorverwijzen naar andere disciplines. Een ander voordeel van het gebruik van een ECD, is dat medewerkers een hogere mate van beveiliging van persoonsgegevens ervaren bij het ECD in vergelijking tot het papieren dossier. Doordat het dossier digitaal wordt opgeslagen en de data altijd bereikbaar zijn voor alle betrokken partijen, wordt data ook als betrouwbaarder ervaren (Tsakona, Paschali, Tsoilis, & Skapetis, 2012).

Wanneer vragenlijsten over gezondheid en welzijn van cliënten worden ingevuld door zowel zorgverleners als cliënten zelf kunnen deze scores direct worden gekoppeld aan het digitale systeem. Hierdoor kan meteen worden bekeken wat de vragenlijst zegt over een cliënt en of hier een behandeling aan kan worden gekoppeld. Hulpvragen kunnen zo directer worden gesignaleerd, waarna geïntervenieerd kan worden om een zo goed mogelijke behandeling voor de desbetreffende cliënt te bewerkstelligen (Trautmann, et al., 2016).

Daarnaast kunnen ook de zorgkosten omlaag worden gebracht met het ECD, omdat zorgverleners minder lang bezig zijn met rapporteren en overdragen. Doordat zorgverleners minder tijd hoeven te besteden aan de administratieve taken en meer tijd kunnen besteden aan de zorg, hoeven zorgverleners vaak

minder overuren te maken wat meer geld oplevert om in de cliënten te investeren (Park, Min, Jeon, Kim, & Km, 2012).

Bijlage 3: Onderzoeksstrategie



Informatiebrief afstudeeronderzoek

Titel van het onderzoek

Afstudeeronderzoek Implementeren van het Elektronisch Cliëntendossier

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk mee te doen aan dit onderzoek (Implementeren van het Elektronisch Cliënten Dossier). U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoeker. Op bladzijde drie vindt u de contactgegevens.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

In 2017 wordt binnen de RSZK het ECD geïmplementeerd. Om erachter te komen hoe de implementatie loopt en om aanbevelingen te doen over de implementatie aan de werkgroep ECD wordt door de onderzoekers in het kader van een afstudeeronderzoek voor de opleiding HBO Verpleegkunde een vragenlijst ingevuld en een focusgroep gehouden.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek waaraan u kunt deelnemen, bestaat uit het invullen van een vragenlijst en deelnemen aan een focusgroep. Het invullen van de vragenlijst zal volledig vrijwillig zijn en de antwoorden op de vragenlijst zullen volledig worden geanonimiseerd. Daarnaast zal uw deelname aan de vragenlijst slechts tien tot vijftien minuten van uw tijd in beslag nemen. Uw deelname aan de vragenlijst zal onherleidbaar zijn in het nadere onderzoek. Tijdens de focusgroep zullen naast de deelnemers alleen de onderzoekers aanwezig zijn. Er wordt door de onderzoeker tijdens de focusgroep een vraag gesteld waarop u kunt reageren en

met andere deelnemers kunt overleggen/discussiëren. De focusgroep zal maximaal een uur in beslag nemen. Daarnaast zal de focusgroep worden opgenomen middels geluidsapparatuur. De opnames zullen door de onderzoekers worden beluisterd en er worden quotes (die niet herleidbaar zijn naar u) worden gebruikt in het afstudeeronderzoek. De geluidsopnames zullen hierna worden vernietigd. De antwoorden die u geeft en die worden gebruikt voor het onderzoek, worden altijd onherleidbaar gebruikt.

3. Wat wordt er van u verwacht?

De vragenlijst wordt naar u opgestuurd waarna u enkele weken de tijd krijgt de vragenlijst in te vullen. De focusgroep zal plaatsvinden na de teamvergadering op <datum> om <tijd>.

4. Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Het voordeel van meedoen aan dit onderzoek is dat u invloed kunt hebben op de implementatie van het ECD en op de gegeven scholing hierover. Er zal worden onderzocht of de scholing voldoende was, en mocht dit niet zo zijn, dan kan er aanvullend geschoold worden.

5. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek.

6. Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?

Na het onderzoek worden de antwoorden van de vragenlijsten uitgeschreven. Daarnaast zullen de geluidsopnames van de focusgroep door de onderzoekers worden beluisterd en uitgeschreven. Quotes van u kunnen worden gebruikt in het afstudeeronderzoek. Daarnaast zullen de onderzoekers conclusies trekken uit wat naar voren komt tijdens de focusgroep. Deze conclusies zullen naar u worden gecommuniceerd per mail, waarna u de mogelijkheid heeft om hierop te reageren.

7. Wat gebeurt er met uw gegevens?

De gegevens en geluidsopnames van u zullen anoniem worden gebruikt in het onderzoek. De geluidsopnames zullen worden vernietigd zodra de opnames zijn uitgeschreven. Enkel de onderzoekers hebben toegang tot de gegevens, de opdrachtgever heeft hiervoor geen toestemming. De quotes in het onderzoek zullen zes jaar bewaard blijven.

8. Wilt u verder nog iets weten?

Voor vragen of opmerkingen over dit onderzoek kunt u altijd contact opnemen met de onderzoekers:

Dewi van Iersel, 06-51684715, dewi.vaniersel@student.fontys.nl

Jelle Reijngoudt, 06-22763880, j.reijngoudt@student.fontys.nl

De opdrachtgever van dit afstudeeronderzoek is:

Yvonne Bolt (teammanager thuiszorg), 06-10327570, y.bolt@rszk.nl

Toestemmingsformulier

Afstudeeronderzoek Implementatie Elektronisch Cliënten Dossier

Ik heb de informatiebrief voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen zien/horen. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan, en voor het maken van geluidsopnames tijdens de focusgroep.

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens 6 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren. Daarnaast geef ik toestemming om de geluidsopnames te bewaren tot deze zijn uitgeschreven door de onderzoekers.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Ik heb de deelnemer de gelegenheid gegeven om vragen te stellen. Ik verklaar dat ik vertrouwelijk en integer met de aan mij beschikbaar gestelde gegevens zal omgaan, zoals in de informatiebrief staat beschreven.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage 5: Questionnaire for the evaluation of health professionals acceptance of a new telemonitoring system

Supplementary Data

QUESTIONNAIRE FOR THE EVALUATION OF HEALTH PROFESSIONALS' ACCEPTANCE OF A NEW TELEMONITORING SYSTEM

Definition of telemonitoring systems

Telemonitoring is defined as the use of telecommunications technologies to monitor vital signs of a patient at a distance.

Telemonitoring systems (TMS) allow the capture of patients' vital signs (pulse, glucose, ECG, respiratory rate, etc...) by sensors or mobile devices that send information from the patient to specialized care centre. When the results of the measurements fall outside the established limits, the system reacts automatically allowing the physician to act quickly.

Telemonitoring is being used to monitor chronic diseases such as chronic obstructive pulmonary disease (COPD), heart failure, diabetes and hypertension.

Purpose of the questionnaire

To evaluate the acceptance of a new TMS by health professionals and to identify the potential barriers that may exist for the adoption of such a system as a working tool. We used the Technology Acceptance Model (TAM) developed by Davis (1989). The TAM is a model based on the intention to use a new technology. The TAM was specifically developed to explain and predict the acceptance of information and communication technologies by potential users. This model is a validated instrument that has been extensively studied. It comprises the following dimensions: perceived usefulness, perceived ease of use, intention to use and the attitude of the user towards the new technology.

The statements that we present in the form below belong to the eight dimensions that we are trying to measure. In this questionnaire, we have mixed the statements belonging to the various dimensions to avoid any bias in the responses. As you answer the questionnaire, you will notice that some of the questions are similar. In fact, they are

related to various aspects of the same dimension.

Questionnaire

Your opinion is important.

Please complete this questionnaire. This information will be analyzed confidentially.

Here are the 33 statements related to various factors that may be involved in the acceptance of telemonitoring as a working tool.

Please indicate your level of agreement with each of the following statements using the scale provided below:

**** Remember to select a single option for each statement.**

- 1 - Sex: ☐ Female ☐ male
- 2 - Age: <30 years ☐ 30-39 years ☐ 40-49 years ☐ 50-59 years ☐ > 60 years ☐
- 3 - Medical specialty (click on the gray box to start typing)
- 4 - Clinical centre in which you work (click on the gray box to start typing)
- 5 - Indicate the number of years in clinical practice (click on the gray box)
- 6 - Highest grade obtained (you may choose more than one option)
- ☐ Diploma
- ☐ Bachelor
- ☐ Master degree
- ☐ PhD
- ☐ Other: specify (click on the gray box)

-3	-2	-1	0	1	2	3
Totally agree	Disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Agree	Totally agree

I feel comfortable with information and communication technologies	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
The use of TMS could help me to monitor my patients more rapidly	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I think that I could easily learn how to use TMS	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I think it is a good idea to use TMS to monitor my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I have the intention to use TMS when it becomes available in my centre	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
The use of TMS may imply major changes in my clinical practice	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
The use of TMS may improve the monitoring of my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I think it would be easy to perform the tasks necessary for the monitoring of my patients using TMS	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Most of my patients will welcome the fact that I use TMS	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I think that my centre has the necessary infrastructure to support my use of TMS	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TMS could help me get the most out of my time to monitor my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I believe that the monitoring carried out by TMS would be clear and easy to understand	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
The use of TMS is compatible with my work habits	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Most of my colleagues will welcome the fact that I use TMS	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TMS can improve my performance in patients care	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I think that TMS is a flexible technology to interact with	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

I find it interesting to use TMS for the monitoring of my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

I have the intention to use TMS when necessary to provide healthcare to my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I have already used telemonitoring devices to monitor my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Health managers would welcome the fact that I use TMS	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TMS can facilitate the care of my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
The use of TMS may promote good clinical practice	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
The use of TMS is beneficial for the care of my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I think I will find it easy to acquire the necessary skills to use TMS	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I would use TMS if I receive appropriate training	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other health professionals (nurses, other specialists etc...) would welcome the fact that I use TMS	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In general, TMS may be useful to improve the care of my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I have the intention to use telemonitoring routinely for the care of my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
The use of telemonitoring may interfere with the usual follow-up of my patients	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I think that the TMS will be easy to use	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In my opinion, the use of TMS will have a positive impact	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I would use TMS if I receive the necessary technical assistance	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I often use computing tools in my work	-3	-2	-1	0	1	2	3
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vragenlijst implementatie ECD - RSZK

Beste Thuiszorgmedewerker,

Heel hartelijk dank dat u deel wilt nemen aan ons onderzoek omtrent het werken met het Elektronisch Cliënten Dossier. Aan de hand van onderstaande stellingen kunt u aangeven in welke mate u met het Elektronisch Cliënten Dossier werkt. De resultaten van de vragenlijsten zullen worden verwerkt en worden teruggekoppeld aan u als respondent. De antwoorden die u geeft op de stellingen zullen alleen inzichtelijk zijn voor de onderzoekers en zullen worden geanonimiseerd. De gegevens zijn dus in geen geval terug te herleiden naar u.

Na het invullen van de vragenlijst wordt u gedurende het onderzoek uitgenodigd deel te nemen aan een focusgroep waarin onderwerpen uit de vragenlijst zullen worden besproken. De uiteindelijke resultaten zullen ervoor zorgen dat er aanbevelingen kunnen worden gedaan naar de organisatie, om het gebruik van het Elektronisch Cliënten Dossier te optimaliseren. Uw deelname aan dit onderzoek kan dus verbetering tijdens het werken met het Elektronisch Cliënten Dossier opleveren.

Het invullen van de vragenlijst zal slechts 10 tot 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Met vriendelijke groet,

Dewi van Iersel
Jelle Reijngoudt

HBO-Verpleegkunde Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid

Geslacht *

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

Leeftijd *

- ☐ < 30 jaar
- ☐ 30-39 jaar
- ☐ 40-49 jaar
- ☐ 50-59 jaar
- ☐ > 60 jaar

Functie binnen de RSZK *

- ☐ Niveau 2 (Assistent cliëntbegeleider)
- ☐ Niveau 3 (IG) (Verzorgende (IG))
- ☐ Niveau 4 (Verpleegkundige MBO)
- ☐ Niveau 5 (Verpleegkundige HBO)
- ☐ Other: _____

Functie binnen de RSZK *

- ☐ Niveau 2 (Assistent cliëntbegeleider)
- ☐ Niveau 3 (IG) (Verzorgende (IG))
- ☐ Niveau 4 (Verpleegkundige MBO)
- ☐ Niveau 5 (Verpleegkundige HBO)
- ☐ Other: _____

Binnen welk team bent u werkzaam? *

- ☐ Thuiszorgteam Eersel
- ☐ Thuiszorgteam Bladel-Oost
- ☐ Other: _____

Aantal jaren werkzaam binnen de RSZK *

- ☐ 0-4 jaar
- ☐ 5-9 jaar
- ☐ 10-14 jaar
- ☐ > 15 jaar

Aantal weken werkzaam met het ECD *

- ☐ 0-4 weken
- ☐ 5-9 weken
- ☐ 10-14 weken
- ☐ > 15 weken

Heeft u al eerder gewerkt met een ECD? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Beantwoord de volgende stellingen: *

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik ben comfortabel met de overstap van het papieren dossier naar het elektronisch dossier.	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van het ECD helpt mij kritischer te kijken naar de gezondheid van mijn cliënten.	☐	☐	☐	☐	☐
Het werken met het ECD zal voor mij geen problemen opleveren in de toekomst.	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van het ECD draagt naar mijn mening bij aan een hogere kwaliteit van zorg.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het interessant om te werken met het ECD.	☐	☐	☐	☐	☐
De training hoe te werken met het ECD was voor mij voldoende.	☐	☐	☐	☐	☐
De functies binnen het ECD die voor mij relevant zijn, zijn voldoende duidelijk.	☐	☐	☐	☐	☐

Beantwoord de volgende stellingen: *

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik ervaar tijdens het werken met het ECD dat ik beschik over voldoende kennis om de functies binnen het ECD optimaal te benutten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben in staat om zelfstandig te rapporteren op het zorgplan en de toelichting van de interventies aan te passen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben in staat om zelfstandig de anamnese aan te passen en/of aan te vullen.	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik vragen heb wat betreft het gebruik van het ECD kunnen mijn collega's mij voldoende verder helpen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik zou graag een aanvullende training willen om het ECD beter te begrijpen.	☐	☐	☐	☐	☐
De technologie achter het ECD is werkzaam wanneer ik het ECD gebruik.	☐	☐	☐	☐	☐
Op dit moment ervaar ik geen problemen tijdens het werken met het ECD.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik leer mijzelf snel technologische veranderingen aan.	☐	☐	☐	☐	☐

Beantwoord de volgende stellingen: *

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Teruggaan naar het papieren dossier zou ik niet meer willen nu ik met het ECD werk.	☐	☐	☐	☐	☐
Door het gebruik van het ECD kan ik gemakkelijker een overdracht geven naar zowel mijn collega's.	☐	☐	☐	☐	☐
Door het gebruik van het ECD ben ik in staat sneller informatie op te zoeken en weer te geven voor een verpleegkundige overdracht.	☐	☐	☐	☐	☐
Door het gebruik van het ECD ben ik in staat overzichtelijker een zorgplan aan te passen.	☐	☐	☐	☐	☐
Het implementeren van twee veranderingen tegelijkertijd (te noemen de verandering van zorgleefplan naar NIC NOC NANDA en van het papieren dossier naar het elektronisch dossier) ervaar ik als prettig.	☐	☐	☐	☐	☐
Het rapporteren via het ECD vanaf een Ipad werkt voor mij prettig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb voldoende technische kennis om met het ECD en een iPad te werken.	☐	☐	☐	☐	☐

Beantwoord de volgende stellingen: *

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik weet waar ik bijzonderheden over een cliënt in het ECD moet rapporteren.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinds het gebruik van het ECD merk ik dat ik informatie makkelijker terug kan vinden dan toen er nog gebruik werd gemaakt van het papieren dossier.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb voldoende tijd gehad om te wennen aan het ECD.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb voldoende tijd gehad om te werken met het ECD zoals van mij wordt verwacht.	☐	☐	☐	☐	☐

Heeft u nog opmerkingen over deze vragenlijst?

Your answer

SUBMIT

Bijlage 7: Respons stellingen

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik ben comfortabel met de overstap van het papieren dossier naar het elektronisch dossier.	1 (5%)	3 (14%)	4 (18%)	8 (36%)	6 (27%)
Het gebruik van het ECD helpt mij kritischer te kijken naar de gezondheid van mijn cliënten.	1 (5%)	4 (18%)	5 (23%)	8 (36%)	4 (18%)
Het werken met het ECD zal voor mij geen problemen opleveren in de toekomst.	0 (0%)	2 (9%)	5 (23%)	10 (45%)	5 (23%)
Het gebruik van het ECD draagt naar mijn mening bij aan een hogere kwaliteit van zorg.	0 (0%)	2 (9%)	9 (41%)	7 (32%)	4 (18%)
Ik vind het interessant om te werken met het ECD.	0 (0%)	0 (0%)	3 (14%)	13 (59%)	6 (27%)
De training hoe te werken met het ECD was voor mij voldoende.	2 (9%)	10 (45%)	6 (27%)	4 (18%)	0 (0%)
De functies binnen het ECD die voor mij relevant zijn, zijn voldoende duidelijk.	0 (0%)	2 (9%)	9 (41%)	11 (50%)	0 (0%)
Ik ervaar tijdens het werken met het ECD dat ik beschik over voldoende kennis om de functies binnen het ECD optimaal te benutten.	0 (0%)	3 (14%)	8 (36%)	10 (45%)	1 (5%)
Ik ben in staat om zelfstandig te rapporteren op het zorgplan en de toelichting van de interventies aan de passen.	0 (0%)	2 (9%)	1 (5%)	13 (59%)	6 (27%)
Ik ben in staat om zelfstandig de anamnese aan te passen en/of aan te vullen.	0 (0%)	1 (5%)	6 (27%)	8 (36%)	7 (32%)
Als ik vragen heb wat betreft het gebruik van het ECD kunnen mijn collega's mij voldoende verder helpen.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (73%)	6 (27%)
Ik zou graag een aanvullende training willen om het ECD beter te begrijpen.	1 (5%)	9 (41%)	7 (32%)	5 (23%)	0 (0%)
De technologie achter het ECD is werkzaam wanneer ik het ECD gebruik.	0 (0%)	4 (18%)	14 (64%)	4 (18%)	0 (0%)
Op dit moment ervaar ik tijdens het werken met het ECD	0 (0%)	7 (32%)	5 (23%)	10 (45%)	0 (0%)
Ik leer mijzelf snel technologisch veranderingen aan.	1 (5%)	3 (14%)	4 (18%)	11 (50%)	3 (14%)
Teruggaan naar het papieren dossier zou ik niet meer willen nu ik met het ECD werk.	0 (0%)	0 (0%)	4 (18%)	9 (41%)	9 (41%)
Door het gebruik van het ECD kan ik gemakkelijker een overdracht geven naar mijn collega's.	0 (0%)	1 (5%)	4 (18%)	11 (50%)	6 (27%)
Door het gebruik van het ECD ben ik in staat sneller informatie op te zoeken en weer te geven voor een verpleegkundige overdracht.	0 (0%)	1 (5%)	4 (18%)	10 (45%)	7 (32%)
Door het gebruik van het ECD ben ik in staat overzichtelijker een zorgplan aan te passen.	0 (0%)	1 (5%)	4 (18%)	13 (59%)	4 (18%)
Het implementeren van twee veranderingen tegelijkertijd (te noemen de verandering van ZLP naar NNN en van het papieren dossier naar het elektronisch dossier) ervaar ik als prettig.	0 (0%)	3 (14%)	6 (27%)	10 (45%)	3 (14%)
Het rapporteren via het ECD vanaf de iPad werkt voor mij prettig.	0 (0%)	1 (5%)	5 (23%)	11 (50%)	5 (23%)
Ik heb voldoende technische kennis om met het ECD en een iPad te werken.	0 (0%)	2 (9%)	4 (18%)	12 (55%)	4 (18%)
Ik weet waar ik bijzonderheden over een cliënt in het ECD moet rapporteren.	0 (0%)	1 (5%)	5 (23%)	9 (41%)	7 (32%)
Sinds het gebruik van het ECD merk ik dat ik informatie makkelijker terug kan vinden dan toen er nog gebruik werd gemaakt van het papieren dossier.	0 (0%)	1 (5%)	8 (36%)	9 (41%)	4 (18%)
Ik heb voldoende tijd gehad om te wennen aan het ECD.	1 (5%)	2 (9%)	10 (45%)	8 (36%)	1 (5%)
Ik heb voldoende tijd gehad om te werken met het ECD zoals van mij wordt verwacht.	0 (0%)	2 (9%)	10 (45%)	8 (36%)	2 (9%)

Bijlage 8: Topiclist focusgroep

Topic	Vraagstelling
Scholing	Wat heb je gemist in de basisscholing?
	Waar zou je nu een aanvullende scholing in willen?
Tijd	In welke mate was er voldoende tijd voor de implementatie van en het wennen aan het ECD?
Device	Tegen welke problemen loop je aan tijdens het werken met de iPad waarvoor je tot op heden nog geen oplossing hebt gevonden?
Ambassadeurs	Hoe hebben de ambassadeurs bijgedragen aan de implementatie van het ECD?
	Hoe goed waren de ambassadeurs na de scholing nog bereikbaar met vragen over het ECD?
	In welke mate heb je de kennis/kunde van de ambassadeurs, na de scholing, gebruikt bij vragen/problemen?

Bijlage 9: Begrippenlijst

Domein activiteit/rust

- *Cardio-pulmonale response*: Reactie tussen hart en longen
- *Ambulantietekort*: Het niet goed zelfstandig en te voet voort kunnen bewegen in de omgeving door bijvoorbeeld pijn, verminderde spierkracht, cognitiestoornissen, gedeprimeerde stemming, etc.
- *Risico op inactiviteitssyndroom*: Aanwezigheid van risico's voor de achteruitgang van lichamelijke functies wanneer iemand bepaalde handelingen/bewegingen niet meer mag of kan uitvoeren. Een aantal risico factoren zijn bijvoorbeeld pijn, verlamming, wanneer iemand zijn/haar bewustzijn verminderd is.
- *Ineffectieve perifere weefselperfusie*: Afname van de bloedsomloop naar de periferie (betekent letterlijk buitenkant) waardoor de gezondheid in gevaar komt. Kenmerken hiervan zijn zwakke polsen, pijnlijke extremiteiten, etc.
- *Disfunctionele beademingsontwenning*: Wanneer iemand niet het vermogen heeft om zich aan te passen wanneer de beademing minder wordt en het ontwenningproces hierdoor moeilijker wordt. Dit kan bijvoorbeeld opgemerkt worden door toegenomen aandacht voor de ademhaling, vermoeidheid, transpireren, etc.

Domein coping/ stress tolerantie

- *Coping*: De manier waarop iemand omgaat met problemen/omstandigheden(stress).
- *Neuro-behavioral stress*: Structureel ineffectieve manier van omgaan met problemen.
- *Autonome dysreflexie*: Dit is een plotselinge stijging van de bloeddruk, als reactie op een specifieke prikkel van het zenuwstelsel, onder het niveau van de dwarslaesie. De prikkel kan bijvoorbeeld een overvolle blaas of darm zijn. Deze zet een reflex in werking, waardoor de bloeddruk omhoog schiet. Door de dwarslaesie is de reactie van het lichaam op de prikkel veel te sterk. Hierdoor kan in korte tijd een gevaarlijk hoge bloeddruk ontstaan.
- *Hervestigingssyndroom*: Lichamelijke en psychosociale problemen die komen door de verhuizing naar een andere omgeving. Risicofactoren kunnen zijn een taalbarrière, isolement, verminderde gezondheidstoestand.

Domein uitscheiding/uitwisseling

- *Integumentaire functie:* De beschermende functies van het lichaam tegen beschadigingen. Zo hebben de huid, haar, nagels, zweetklieren een beschermende functie tegen bijvoorbeeld kou.
- *Functionele incontinentie:* Hierbij verliest iemand ongewild urine doordat iemand niet meer bij het toilet kan komen of doordat het geestelijk niet meer gaat, bijvoorbeeld door dementie.
- *Overloop incontinentie:* Hierbij verliest iemand ongewild kleine beetjes urine uit een blaas die vol zit. Dit wordt ook wel druppelincontinentie genoemd.
- *Reflex incontinentie:* Hierbij verliest iemand ongewild urine als gevolg van een neurologische aandoening. De hersenen hebben dan minder controle over de blaasspiers.
- *Urge incontinentie:* Hierbij voelt iemand een plotselinge hevige aandrang om te moeten urineren en kan dit niet meer onderdrukt worden, waardoor iemand urine verliest. Dit wordt ook wel aandrangincontinentie genoemd.
- *Stress incontinentie:* Hierbij verliest iemand ongewild kleine beetjes urine wanneer degene bijvoorbeeld moet niezen, hoesten en/of bij inspanning, zoals zwaar tillen.

Domein veiligheid/bescherming

- *Laesie:* Ook wel letsel of beschadiging.