

EHEALTH IN EEN NIEUWE JASJE: “VIRTUELE THUISZORG”

*Een mixed-method onderzoek over de inzet
en borging van de virtuele thuiszorg.*



MobileCare, 2023

Roxanne Voncken

Studentnummer: 2067129

Hogeschool Zuyd, Heerlen

Bachelor of Nursing – deeltijdopleiding

Docentbegeleider: Michael Breemen

Werkplek: Meandergroep Zuid-Limburg, Thuiszorg

Werkbegeleidster: Ine Smeets en projectmanager: Judith Peeters

Datum: 23 maart 2023

Bachelor thesis Advies

Woorden: 8063

SAMENVATTING

Passende zorg betekent steeds vaker het bieden van blended care, een mix van digitale interventies, fysieke zorg en ondersteuning van gezondheid, die gepersonaliseerd en op maat wordt aangeboden. Een blended care toepassing (Virtuele Thuiszorg) is een holistisch ecosysteem met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren, meer eigen regie en zelfmanagement, wat resulteert in het langer en veilig thuis blijven wonen van de zorgvrager. Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen hoe de virtuele thuiszorg wordt ingezet en hoe dit wordt geborgd in het elektronisch klanten dossier. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: "Hoe kan de inzet van Virtuele Thuiszorg bij zorgvragers in de thuissituatie binnen de (verpleegkundige) zorg in het zorgplan worden geborgd, waardoor digitale interventies worden gemonitord en opgevolgd?"

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is een mixed method onderzoek uitgevoerd waarvoor kwantitatieve dossieronderzoeken (N=180) zijn geanalyseerd in combinatie met kwalitatief onderzoek, het semigestructureerd focusgroep interview (N=5). De respondenten zijn geselecteerd op basis van de werkgebieden die al gestart zijn met de Virtuele Thuiszorg en de bevoegdheid hebben om te indiceren.

De kwantitatieve resultaten tonen aan dat er weinig (complete) verslaglegging wordt uitgevoerd waardoor de klinische gedachtegang niet inzichtelijk is. Dit verloopt gefaseerd aan het prioriteren van de werkzaamheden gezien de tijdsdruk waar de wijkzorg momenteel mee te maken heeft in combinatie met de onwetendheid. Vanuit het kwalitatief onderzoek kan gesteld worden dat de basiskennis en de noodzaak over de Virtuele Thuiszorg aanwezig is bij de huidige zorgprofessionals, maar dat de kennis verwaterd bij nieuwe medewerkers. Daarnaast blijken de gesprekstechnieken een belangrijke, noodzakelijke vaardigheid die vaak bij de zorgprofessionals wordt gemist. Andere belemmerende factoren worden aangeduid als niet- werkbare functionaliteiten, het gemis van eigen affiniteit met de producten en bemoeienissen van de mantelzorger. Op basis van de opgedane kennis en resultaten, blijkt dat het proces van de Virtuele Thuiszorg een actueel, continu en integraal onderdeel moet worden binnen de wijkverpleging. Het wordt aanbevolen om scholingen, gesprekstechnieken, audits en intercollegiale toetsingen te realiseren waardoor er meer betrokkenheid ontstaat. Een concrete rolverdeling en functieomschrijving zou hierbij een aanvulling kunnen zijn wat zou resulteren in meer eenduidigheid binnen de organisatie. De veranderbereidheid is in dit onderzoek getoetst door één respondent met behulp van het DINAMO- model. Een vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de ontwikkelingen en/of verbeteringen ten aanzien van de verslaglegging. Een interview om nieuwe inzichten op te halen over ervaringen, inzet en betrokkenheid van de medewerkers ten aanzien van de Virtuele Thuiszorg in combinatie met een grotere toetsing van de veranderbereidheid.

VOORWOORD

De bachelor thesis: “Ehealth in een nieuw jasje: Virtuele Thuiszorg”

Een mixed-method onderzoek over de inzet en borging van de virtuele thuiszorg in het elektronisch klanten dossier binnen de wijkverpleging, dat onderdeel is van Afstuderen Advies aan de opleiding HBO Verpleegkunde deeltijd te Zuyd Hogeschool.

De bachelor thesis is geschreven in opdracht van Meandergroep Zuid-Limburg in de periode vanaf 04 februari 2023 tot en met 04 mei 2023. Het onderzoek zal resulteren in het geven van een advies over de inzet en borging van de digitale interventies die worden gepresenteerd vanuit de virtuele thuiszorg.

Mijn dankwoord gaat uit naar alle betrokkenen die een bijdrage hebben geleverd aan deze bachelor thesis. Een speciale dank voor de manager, de werkbegeleider en de tutor voor alle ondersteuning en feedback. Daarnaast wil ik alle medestudenten, respondenten en collega's bedanken voor de kennisdeling over de processen van de virtuele thuiszorg.

Veel leesplezier.

Bocholtz, 23 maart 2023

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
<i>Hoofdstuk 1 Theoretisch kader</i>	7
1.1 EHealth	7
1.2 Virtuele thuiszorg in de wijkverpleging	7
1.2.1 Bevorderende en belemmerende factoren	8
1.3 Randvoorwaarden	9
1.4 Borging in het elektronisch dossier	11
1.5 Gedragsverandering	11
<i>Hoofdstuk 2 Methoden</i>	13
2.1 Onderzoek benadering	13
2.1.1 Setting en participanten	13
2.2 Data- verzameling	14
2.2.1 Data- analyse	16
2.3 Ethische aspecten	16
<i>Hoofdstuk 3 Resultaten</i>	17
3.1 Kwantitatieve resultaten	17
3.2 Kwalitatieve resultaten	18
<i>Hoofdstuk 4 Discussie en conclusie</i>	21
4.1 Discussie	21
4.1.1 Sterkte en zwakteanalyse	22
4.2 Conclusie	24
<i>Hoofdstuk 5 Advies en Inbedding</i>	25
5.1 Advies	25
5.1.1 Aanbevelingen naar de zorgorganisatie	25
5.2 Inbedding	27
<i>LITERATUURLIJST</i>	28
<i>BIJLAGEN</i>	34
BIJLAGE 1 FOCUSGROEP, SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW - TOPICLIST	34
BIJLAGE 2 INFORMED CONSENT	37
BIJLAGE 3 CODEBOOM TRANSCRIPT	43
BIJLAGE 4 DINAMO QUICK SCAN	44
BIJLAGE 5 VERKLARING NEDERLANDSE GEDRAGSCODE WETENSCHAPPELIJKE INTEGRITEIT	49
BIJLAGE 6 VERKLARING GEHEIMHOUDING EN OMGANG MET PERSOONSgegevens	50

Inleiding

EHealth wordt binnen de thuiszorg vaak toegepast, zodat zorgvragers langer thuis kunnen blijven wonen. EHealth gaat over digitale toepassingen in de zorg. De World Health Organization definieert eHealth als kosteneffectief en veilig gebruik van informatie en communicatietechnologieën die de gezondheid van de zorgvrager en de gezondheidszorg verbeteren (WHO, 2023). De digitale interventies dragen bij aan betaalbare, toegankelijke, kwalitatief goede zorg en leiden tot meer eigen regie voor de zorgvragers (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2020). De overheid houdt zich bezig met het beleid in de zorgsector en stimuleert goede zorg en ondersteuning voor de thuiswonende ouderen. Door een tekort op de arbeidsmarkt en de toename van het aantal kwetsbare ouderen met verschillende chronische aandoeningen, wordt de kloof tussen de zorgvraag en het zorgaanbod steeds groter (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Vanaf 2015 is binnen de zorg een transitie ingezet, gericht op de zelfredzaamheid en eigen regie, wat resulteert in het langer thuis blijven wonen van zorgvragers (Rijksoverheid, 2015). De commissie Kaljouw (2015) verwacht dat er in 2030 een ander uitgangspunt wordt nagestreefd, waarin wordt beschreven dat de zelfstandigheid van de patiënt in de eigen leefomgeving centraal staan. Het uitgangspunt ligt niet meer bij de ziekte of aandoening, maar bij het welbevinden en de eigen regie van de zorgvrager. Eigen regie, oftewel zelfregie is het zelf beslissen over het leven, de zorg en de ondersteuningsmogelijkheden. De persoon achter de zorgvrager staat centraal. Het vermogen om je eigen leven en de noodzakelijke ondersteuning te regelen, op zowel lichamelijk, sociaal en psychisch gebied (Zorginstituut Nederland, 2015). De klantbehoeften versterken zich door inzicht te verkrijgen in de eigen drijfveren, de eigen zeggenschap over ondersteuning en hulp, maar ook het inschakelen van informele en formele netwerken (Movisie, 2019).

De eigen regie draagt bij aan het langer, veilig en verantwoord thuis blijven wonen (Zorg voor Beter, 2018). Volgens het Zorginstituut Nederland is de wijkverpleegkundige verantwoordelijk en aansprakelijk voor de geïndiceerde zorg, ook wel indicatiestelling genoemd (Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2020). Tijdens de indicatiestelling wordt rekening gehouden met het normenkader vanuit de V&VN (2022) voor het organiseren van de zorg, gericht op het versterken van de eigen regie en de zelfredzaamheid van de zorgvragers en diens netwerk. Inhoudelijke afwegingen over wat het formele en informele netwerk kan betekenen om de passende zorg te organiseren in de thuissituatie van de zorgvrager. Voor het behouden van de eigen regie wordt veel verwacht van ontwikkelingen ten aanzien van zorgtechnologie in de thuissituatie en het realiseren van passende zorg (Nivel & CCTR,

2013; Van Rijn, 2015). Passende zorg betekent steeds vaker het bieden van blended care, een mix van digitale interventies, fysieke zorg en ondersteuning van gezondheid, die gepersonaliseerd en op maat worden aangeboden. De belangrijkste uitgangspunten van hybride zorg zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan (Ministerie van VSW, 2022). Een blended care toepassing aangeduid als Virtuele Thuiszorg is een holistisch ecosysteem dat als dienst wordt aangeboden aan zorgorganisaties met als doel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Door ondersteuning voor zowel het formele als het informele netwerk, meer eigen regie en zelfmanagement te creëren waardoor de zorgvrager langer thuis kan blijven wonen (MobileCare, 2019).

Er worden door MeanderGroep diensten aangeboden zoals preventie, welzijn en zorg, waar zorgvragers hun hele leven gebruik van kunnen maken. Elke ondersteuningsvorming is gericht om mensen de regie over hun eigen leven te laten behouden en zo lang als mogelijk, veilig en verantwoord zelfstandig te laten functioneren. Er wordt gezamenlijk onderzocht naar welke vorm het beste aansluit bij de persoonlijke en wenselijke situaties. De grootste noemer die wordt benoemd in de visie is "leid je eigen leven", gebouwd op de zeven pijlers "met elkaar, eigen kracht, aandacht, nieuwsgierig, deskundig, eigen regie en respect" (Meandergroep, 2021). Het langer en zelfstandig thuis blijven wonen wordt mogelijk gemaakt door een combinatie van fysieke en digitale interventies. De verpleegkundige interventies vloeien voort uit een systematische wijze volgens het classificatiesysteem van de NANDA, NOC en NIC. De borging van de kwaliteit van het indiceren en daarmee de geleverde zorg behoeft continue aandacht, wat in elke stap van het verpleegkundig proces aan bod komen (Bohn, Stafleu van Loghum, 2021). De digitale interventies vanuit een ecosysteem worden een integraal onderdeel van het zorgproces. Meandergroep zal de komende twee jaar in samenwerking met het CZ en Mobile Care, de Virtuele Thuiszorg in 84 buurtteams implementeren en koploper zijn op het gebied van eHealth in de wijkverpleging (Meandergroep, 2023). De wijkverpleegkundige en de eerste verantwoordelijke bekijken gezamenlijk met de zorgvrager en diens netwerk waar de zorgbehoeften liggen en hoe dit ingepast kan worden in het dagelijks leven van de zorgvrager, zodat de eigen regie centraal staat (Meandergroep, 2021).

Doel en vraagstelling:

Het doel van dit onderzoek is om de frequentie van de borging van de Virtuele Thuiszorg in het zorgplan inzichtelijk krijgen en of dit met de juiste zorg wordt opgevolgd, waardoor de kwaliteit van de zorg bij de zorgvrager wordt gemonitord en verbeterd waardoor er meer uniformiteit ontstaat binnen de organisatie. De hoofdvraag die hieruit voortvloeit is:

“Hoe kan de inzet van Virtuele Thuiszorg bij zorgvragers in de thuissituatie binnen de (verpleegkundige) zorg in het zorgplan worden geborgd, waardoor digitale interventies worden gemonitord en opgevolgd?”

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat is virtuele thuiszorg binnen de wijk?
2. Hoe komt de virtuele thuiszorg tot stand bij een bestaande zorgvrager?
3. Hoe wordt de koppeling gemaakt vanuit de anamnese naar een aansluitend doel?
4. Hoe wordt de borging van de virtuele thuiszorg vormgegeven?
5. Hoe wordt geëvalueerd op de virtuele thuiszorg?

Leeswijzer:

In hoofdstuk één wordt het theoretisch kader beschreven. In hoofdstuk twee wordt de methode van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk drie worden de resultaten weergegeven waarna in hoofdstuk vier de discussie en conclusie aan bod komt. Aan de hand van de resultaten, wordt er in hoofdstuk vijf het advies en de inbedding aangeduid. Als laatste zijn de literatuurlijst en aanvullende bijlagen toegevoegd.

HOOFDSTUK 1 THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt de literatuurstudie over eHealth, de borging, beïnvloedende factoren en de randvoorwaarden van de Virtuele Thuiszorg beschreven. In onderstaande paragrafen worden de belangrijkste bevindingen weergegeven die de basis vormen voor het praktijkgericht onderzoek.

1.1 EHealth

EHealth is het gebruik van informatie en communicatietechnologieën ter ondersteuning of verbetering van de gezondheidszorg (NZA, 2019). EHealth resulteert in betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg (KNMG, 2020). Binnen de wijkzorg wordt eHealth op maat ingezet in de vorm van digitale interventies (Kusiak, 2018). Er ontstaat meer tijd en aandacht voor de zorgvrager (Van der Wedden, 2019). De digitale interventies verbeteren de zelfredzaamheid van de zorgvrager, hebben een positief effect op de kwaliteit van de zorg en dragen bij aan de belastbaarheid van de zorg met als doel om de mensen langer op een veilige en verantwoorde wijze thuis te laten wonen (Wouters, Huygens, Voogdt et al., 2019).

1.2 Virtuele thuiszorg in de wijkverpleging

Virtuele thuiszorg is een totaalpakket van digitale hulpmiddelen en interventies, die de eigen kracht en eigen regie van de thuiswonende zorgvragers vergroot, ontwikkeld door MobileCare (MobileCare, 2019). EHealth biedt de mogelijkheid om de zorg dichterbij de persoon te organiseren en de toegankelijkheid te vergroten. De mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig zijn, wonen op een plek waar ze zich thuis voelen en ondersteuning ontvangen die aansluit bij de eigen wensen en behoeften. De zorgvragers kunnen langer thuis blijven wonen terwijl de mantelzorgers en de wijkverpleegkundigen ontlast worden. Hierdoor ontstaat een blended care, oftewel een combinatie van fysieke en digitale zorg (Ministerie van VWS, 2022). De virtuele thuiszorg omvat digitale hulpmiddelen die ingezet kunnen worden op vier thema's, omschreven als: het meten, het monitoren, herinneringen & dag structuur en leefstijl & welzijn. Er zijn meerdere producten beschikbaar zoals de Bbrain (digitale kalenderklok), MPA- horloge (dwalen en valdetectie), de BlueLine (valdetectie) en een iPad voor een welzijnscoach. Deze producten zijn tot nu toe de meest voorkomende digitale interventies (Meandergroep, 2023). Diverse onderzoeken tonen aan dat digitale hulpmiddelen bijdragen aan een positief lichamelijk, psychisch en kosten- baten effect om langer thuis te kunnen blijven wonen (Peetoom, Lexis, & Joore et al., 2015; Arif, Emary, & Koutsouris, 2014).

1.2.1 Bevorderende en belemmerende factoren

De bevorderende factoren worden omschreven als een voordeel voor de werk efficiëntie:

“Het inventariseren kost tijd en moeite maar is uiteindelijk winst behalend” (Manager).

De zorgvrager voelt zich veiliger in de eigen woon- leefomgeving en de eigen regie wordt benadrukt (V&VN, 2020; ZonMw, 2020).

Voordelen van de virtuele thuiszorg voor zorgprofessionals: Door de inzet van Virtuele thuiszorg zullen de administratieve taken minder worden doordat deze automatisch in het systeem worden geüpload. Door de zorg anders te re-integreren wordt de draagkracht en draaglast van de zorgprofessionals beter gebalanceerd en kan er meer individuele aandacht gegeven worden aan de zorgvrager (Meandergroep, 2023). Kostenbesparingen zijn ten gunste bij het gebruik van digitale interventies, ten aanzien van fysieke zorg (Versleijen, 2015; Rezapour, Hosseinijebeli & Faradonbeh, 2021).

Voordelen van de virtuele thuiszorg voor zorgvragers (en mantelzorgers): Het stimuleren en bevorderen van het zelfmanagement en het vergroten van de eigen kracht, waardoor de zorgvrager minder afhankelijk wordt en het gevoel van vrijheid bij de zorgvrager toeneemt. Door de structurele controles wordt het ziekteproces beter gemonitord en wordt er geanticipeerd op actuele situaties. De kwaliteit van het leven wordt behouden en mogelijk zelfs verbeterd, doordat de eigen wensen en behoeften worden nagestreefd om de zorgvrager zo lang als mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen waarbij de mantelzorger wordt ontlast (Meandergroep, 2023).

De belemmerende factoren worden samenvattend omschreven op de kennis, capaciteit en toepasmogelijkheden. *“Het vermogen van de zorgprofessional en de zorgvrager behoort eigen vaardigheden te beschikken”* (Manager) (V&VN, 2020; ZonMw, 2020).

Belemmerende factoren: Volgens de knelpuntenanalyse van eHealth in de wijkverpleging (2020) die is uitgevoerd door een literatuurreview, survey en interviews, wordt geconcludeerd dat ervoor zowel zorgprofessionals als zorgvragers factoren gerelateerd zijn aan gelegenheid, motivatie en capaciteit die eHealth in de wijkverpleging belemmeren. De belemmerende factoren zijn met name gericht op technische aspecten zoals niet- werkzame functionaliteiten en een instabiele internetverbinding. Daarnaast wordt er gesproken over digitale vaardigheden van zowel zorgprofessionals als de zorgvragers, waarbij inzichtelijk wordt dat er weinig tot geen training is geweest voor beide partijen. De hoge leeftijden, cognitieve beperkingen en de digitale vaardigheden spelen een grote rol.

“Er is veel verloop geweest in de thuiszorg waardoor de opgedane kennis weggevloeid is” (Verpleegkundige). Als er wordt ingezoomd op de borging van de zorgprocessen, blijken aspecten zoals vakkennis, beleving van zowel de zorgvrager als de verpleegkundigen en de context waarin de zorg plaatsvindt, belemmerende factoren (Lee et al., 2017). De tijdsdruk, het omdenken en het missen van competenties bij de zorgprofessionals spelen hierin een grote rol (Rosendal, Van Dorst, 2015).

1.3 Randvoorwaarden

Organisatorisch proces: De zorgvrager komt in aanmerking voor de virtuele thuiszorg wanneer deze verzekerd is bij het CZ met een Zorgverzekeringswet (ZVW) indicatie, of als er sprake is van een Wet langdurige zorg (WLZ) indicatie met een volledig pakket thuis (VPT) of een modulair pakket thuis (MPT). Overige zorgverzekeraars zijn nog niet betrokken bij de Virtuele Thuiszorg (Meandergroep, 2023). Mensen willen wel veranderen maar niet veranderd worden. Medewerkers hebben in de loop der jaren al veel trajecten meegemaakt dus dit kan weerstand oproepen. Weerstand is een belangrijk signaal en kan op een effectieve manier ingezet worden om de betrokkenheid te vergroten (Metselaar, Cozijnsen en Delft, 2011). Ondersteuning namens de organisatie en het management om de implementatie succesvol af te ronden en te borgen. Er zijn verschillende facetten belangrijk om het proces te kunnen voortzetten, denkend aan het erkennen van de noodzaak, deelnamebereidheid, geschiktheid, haalbaarheid, gebruiksgemak voor zowel zorgvragers als zorgverleners, tevredenheid, toegankelijkheid, betrouwbaarheid, effectiviteit qua verbetering van de zorg gericht op kwaliteit van leven (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2022). Het Nivel beschrijft dat er rekening moet worden gehouden met de actuele tijdsdruk en de werkload van de wijkverpleegkundigen in de extramurale setting gezien er een toename is van meervoudige en complexe zorgproblematieken (Nivel, 2016). Voor de inbedding van de eHealth toepassingen in de (integrale) zorgprocessen zijn goedwerkende ICT- systemen met goede koppelingen, het uitwisselbaar maken van medische gegevens tussen zorgpartijen noodzakelijke randvoorwaarden (Nivel, 2019). De verslaglegging in het elektronisch klantendossier is van groot belang om de kwaliteit te kunnen borgen. De zorgresultaten en interventies worden ingezet op potentiële of actuele problemen, waarbij een evaluatie inzichtelijk maakt, wat het effect is. Moeten de resultaten en interventies worden bijgesteld of is een gesteld doel behaald. Om de continuïteit van de zorg te kunnen borgen zijn rapportages en verslaglegging een belangrijk aspect (V&VN, 2022). Vanuit de reviews wordt geconcludeerd dat de verslaglegging een weergaven moet zijn van het verpleegkundig proces (Blair en Smith, 2012; Flemming en Hubner, 2013; Paans e.a., 2011; Wang e.a., 2011).

Overigens geeft de review van Flemming en Hubner (2013) aan dat dat er nog veel belangrijke informatie over de zorgvrager ontbreekt in het zorgdossier (V&VN, 2022).

Wet- en regelgeving: Volgens de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is het verplicht een dossier over de behandeling/zorglevering bij te houden van de zorgvrager (Nictiz, 2013). MobileCare past een omgekeerd proces van informatie delen toe waarbij (gezondheid)data niet vanuit de zorgorganisatie maar vanuit de zorgvrager wordt gegenereerd. Vanuit General Data Protection Regulation (GPRD) en de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) is de zorgorganisatie de betaalde opdrachtgever van MobileCare. De zorgvrager geeft toestemming om data te verzamelen en te delen met de zorgorganisatie doormiddel van een consent en bruikleenovereenkomst die wordt ondertekend. Informatie, data en notificaties zijn voor zowel medewerkers van MobileCare als de zorgorganisatie alleen herleidbaar tot een zorgvrager die binnen het interne systeem gekoppeld is. Hiervoor wordt een gecertificeerd Customer Relation Management (CRM) systeem (ZOHE.EU) gebruikt (MobileCare, 2020). De Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (Gedragscode EGIZ) ondersteunt als richtlijn voor zorgaanbieders en samenwerkingsverbanden om aan geldende regelgeving te voldoen. De NEN7510 is de algemene norm voor de informatiebeveiliging in de zorg die wordt onderverdeeld onder NEN7512 die de vertrouwensbasis voor gegevensuitwisseling reguleert, de NEN7513 geeft aan hoe het vastleggen van acties in elektronische patiëntendossiers vorm wordt gegeven en de NEN8028 omschrijft de kwaliteitseisen voor het gebruik van technologieën (Nictiz, 2020).

Sociale factoren: De zorgvragers hebben de regie en de verantwoordelijkheid over het eigen leven en de gezondheid, binnen de mogelijkheden en omstandigheden van elk individu. Een goed inschattingsvermogen van de informatiebehoeften die de zorgvrager heeft, is het van belang om hier rekening mee te houden waardoor het toepassen van de nieuwste informatie- en communicatietechnologie en het bieden van zorg op afstand (eHealth) als aanvulling kan dienen op het persoonlijk contact (Lambregts, Grotendorst en Merwijk, 2016). Tijdens veranderprocessen kunnen meningen van individuen in groepen uiteenlopen en ontstaan barrières die niet zouden bestaan als de individu alleen zou moeten handelen (Metselaar et al., 2011).

Patiënten en familieparticipatie: Er wordt naar de competenties van de zorgvrager gekeken om de digitale interventies te kunnen realiseren. De competenties zijn gericht op vaardigheden, digitale kennis en kunde maar ook naar de leeftijd.

Om de inzet van eHealth succesvol te implementeren, is het belangrijk om het sociale netwerk (mantelzorger) mee te nemen in de gezamenlijke besluitvorming (Patiënten federatie Nederland, 2019).

1.4 Borging in het elektronisch dossier

Volgens de richtlijn van de V&VN (2023) is een adequate verslaglegging van groot belang voor het vaststellen, verlenen, evalueren en overdragen van de zorg. Het doel is het bevorderen van de continuïteit en kwaliteit van de zorg en goede samenwerking, maar ook de verantwoording van de verleende zorg, het voorkomen van fouten en het honoreren van rechten van de zorgvrager en dienst netwerk (V&VN, 2022). Door de transitie die in 2015 is opgetreden wordt er een nieuw uitgangspunt nagestreefd, minder gericht op de ziekte en de aandoening en meer gericht op de gezondheid en het gedrag (NZA, 2015). Vanuit die benadering is er aandacht voor het verbeteren en/of versterken van de eigen regie en eigen kracht van mensen over hun leven en de zorg (Huber, 2016). Er wordt gebruik gemaakt van een integraal elektronisch klanten dossier dat is verwerkt in de webapplicatie van Nedap Healthcare: ONS ®. Het elektronisch klantendossier bevat alle noemers van de zorg in een bruikbare webapplicatie (Nedap, 2023). Verpleegkundigen raadplegen de dossiers om zorgplannen voor de zorgvrager op te stellen (Paans et al., 2011). Weloverwogen beslissingen nemen over wat de prioriteit moet krijgen, welke acceptabele resultaten en geschikte interventies worden gekozen en deze te borgen, is een complex proces (Benner et al., 2008; Johnsen et al., 2016).

1.5 Gedragsverandering

Het verschil in aanbod en potentieel gebruik van eHealth impliceert dat er onvoldoende kennis aanwezig is in het zorgveld (Wouters et al., 2019). Het is belangrijk om voorlichting, communicatie, trainingen en implementatie goed te organiseren, zodat de informatie over eHealth op de juiste plek terecht komt. Zorgprofessionals zijn overwegend enthousiast terwijl het aanbod van eHealth groter is dan het gebruik (Nivel, 2019). Het is van belang dat stakeholders zorgdragen voor inbedding van eHealth in de zorg: *“samen zoeken naar een goede aansluiting van eHealth in de zorgpraktijk en een oplossing bieden aan de barrières”* (Meurs & Groot, 2019). Op cliënten-, zorgverleners- en organisatorisch niveau is de veranderbereidheid in de wijkverpleging mogelijk wanneer er een draagvlak is ontwikkeld. Van (positieve) weerstand naar veranderbereidheid. Ajzen's model genaamd planned behaviour fungeert als basis van de visie op het verandermanagement dat als een raamwerk in een diagnostisch instrument wordt onderbouwd als het DINAMO-model, de gelijknamige

vragenlijst voor het meten van de veranderbereidheid. Het DINAMO-model laat zien in welke mate de veranderbereidheid aanwezig is bij betrokkenen, op het gebied van willen, moeten en kunnen veranderen of een combinatie hiervan. Concluderend kan worden gesteld, dat het model meer afhankelijk is van persoonlijke ervaringen en motieven, dan van randvoorwaarden in de omgeving en betrokkenen (Metselaar et al., 2011).

De DINAMO Quick scan is afgenomen om de veranderbereidheid in kaart te brengen van de respondenten (bijlage 4). De resultaten van de Quick scan zullen verder worden behandeld in hoofdstuk vijf.

HOOFDSTUK 2 METHODE

In dit hoofdstuk wordt de methode beschreven om interne data te onderzoeken en om achter de meningen van de verpleegkundigen te komen over de inzet en de borging van de virtuele thuiszorg in het elektronisch klanten dossier.

2.1 Onderzoeksbenadering

Om een valide antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, wordt er gebruik gemaakt van een mixed-method onderzoekbenadering. De kwantitatieve data bevatten cijfers uit het elektronisch zorgdossier, die aanvullend zijn op de kwalitatieve data-analyse. Het kwalitatieve onderzoek heeft een beschrijvend karakter met als doel om diepgaande inzichten, meningen, ideeën en achterliggende motieven te verkrijgen vanuit de respondenten die worden geïnventariseerd (Baarda et al., 2018). Deze mixed-method methodiek draagt bij aan de validiteit en generaliseerbaarheid, doordat data verzameling plaatsvindt van zowel kwalitatieve data, aangevuld met de kwantitatieve data. Een verrijking van data dat bijdraagt aan een hogere betrouwbaarheid van conclusies en geldigheid van resultaten (triangulatie). Door beide onderzoeken toe te passen kan een grotere steekproefgrootte uitgezet worden (Verhoeven, 2021).

2.1.1 Setting en participanten

Setting: Het cluster wijkverpleging van MeanderGroep bedraagt 84 thuiszorgteams. De pilot van de Virtuele Thuiszorg is uitgerold binnen 30 wijkteams, in de werkgebieden: Kerkrade, Bocholtz, Simpelveld, Nuth, Voerendaal, Klimmen/Ransdaal, Schimmert, Heerlen-centrum en Noord. Er zijn inmiddels 483 producten vanuit de Virtuele Thuiszorg ingezet bij de thuiswonende zorgvragers (MeanderGroep, 2023). Elk team bestaat uit een wijkverpleegkundige (zichtbare schakel), verpleegkundigen, verzorgenden- IG en verzorgenden, variërend van een team van zes tot twaalf medewerkers. De wijkverpleegkundige draagt zorg voor het gehele indicatieproces van de zorgvragers in het desbetreffende wijkgebied en fungeert als aanspreekpunt voor het team. De verpleegkundigen niveau vier mag een indicatiestelling uitvoeren nadat deze intern geschoold is, onder supervisie van de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige blijft eindverantwoordelijk voor de indicatie en de zorgprocessen in de wijk (V&VN, 2022).

Participanten: De onderzoekspopulatie bestaat uit een groep van vijf tot tien (wijk)verpleegkundigen (niveau vier en zes) van de wijkteams waar de virtuele thuiszorg gestart is. De werkgebieden zijn o.a. Kerkrade, Bocholtz, Simpelveld, Nuth, Voerendaal, Klimmen/Ransdaal, Schimmert, Heerlen-Centrum en Noord. Deze verpleegkundigen zijn betrokken bij het indicatieproces, hebben een scholing tot indicatiestelling gevolgd en hebben kennis over de digitale interventies vanuit de virtuele thuiszorg. De in- en exclusiecriteria van de respondenten van het onderzoek worden weergegeven in tabel 1.

Tabel 1

In- en exclusiecriteria van de participanten

<i>Inclusie</i>	<i>Exclusie</i>
• Verpleegkundigen (MBO, niveau 4 die geschoold zijn tot indicatiesteller); • Wijkverpleegkundigen (HBO, niveau 6).	• Verzorgenden C; • Verzorgenden IG; • Verpleegkundigen zonder afgeronde scholing tot indicatiesteller.
Kennis over de virtuele thuiszorg	Geen kennis over de virtuele thuiszorg
Uitgerolde werkgebieden van de virtuele thuiszorg	Niet uitgerolde werkgebieden van de virtuele thuiszorg
Projectmanager virtuele thuiszorg	Manager wijkteam
Noot. <i>Participanten</i>	

2.2 Dataverzameling

Literatuurstudie: Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er gezocht naar wetenschappelijke literatuur. De literatuurstudie is van groot belang om kennis te verzamelen over het onderzoeksonderwerp wat refereert naar het belang en verifieerbare input heeft voor het onderzoek. Er is gebruik gemaakt van databanken zoals PubMed en SpringerLink, maar ook van de zoekmachine Google Scholar, waarbij verschillende zoektermen zijn gebruikt zoals: virtuele thuiszorg, extramurale zorg, langer en veilig thuis blijven wonen, borging, elektronisch klanten dossier, EHealth, independent living, integrated care, self-management. Diverse zoektermen zijn gecombineerd met de opties AND en OR.

De betrouwbaarheid wordt getoetst volgens de Piramide van Evidence (Piramide van betrouwbaarheid, 2022). De artikelen worden met behulp van de CRAAP- test getoetst op actualiteit, relevantie, autoriteit, nauwkeurigheid en doel (Hogeschool Rotterdam, z.d.).

Verder zijn boeken en webpagina's geraadpleegd om actuele informatie te verkrijgen. Voor de literatuurstudie zijn de eHealth mogelijkheden in de wijkverpleging en de verslaglegging in het zorgdossier geraadpleegd met publicatiedatums van 2015 tot en met 2023.

Zowel de recent gepubliceerde knelpuntanalyse van eHealth in de wijkverpleging (2020) als de richtlijn van verslaglegging (V&VN, 2023) zijn hiervoor bestudeerd, waardoor meer diepgang en inzichten zijn ontwikkeld. Op basis van deze literatuuronderzoeken is de topiclist (bijlage 1) opgesteld.

Dossieronderzoek: Voor de verzameling van het kwantitatief onderzoek wordt steekproefsgewijs in het elektronische zorgdossier gekeken naar de actuele anamneses en zorgplannen per wijkgebied waar de virtuele thuiszorg al is gestart. De uitgevoerde steekproef is niet bevooroordeeld en resulteert in onafhankelijke percentages die bijdragen aan de onderzoeksresultaten (predicatieve validiteit) (Baarda et al., 2018).

Focusgroep interview: Door het toepassen van een semigestructureerd focusgroep interview wordt het genereren van ideeën waargemaakt. De reactie van een deelnemer kan inspirerend werken op de andere deelnemer(s) met een karakter van een brainstormsessie.

Gespreksvaardigheden van de gespreksleider/onderzoeker zijn van groot belang, zodat eenieder aan het woord komt en het gesprek niet wordt overheerst (Baarda et al., 2016). Het focusinterview zal maximaal 60 minuten duren en het zal worden uitgevoerd in een vergaderruimte op het hoofdkantoor. De respondenten hebben via de e-mail-informatie ontvangen over het onderzoek via een informatiebrief (bijlage 2). Er is schriftelijke toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek en voor de opname via audioapparatuur. De gegevens worden geanonimiseerd en in het transcript aangeduid als genummerde deelnemers. Bij het focusgroep interview wordt er rekening gehouden met de context waar het interview plaatsvindt en de onderzoekssituatie door zorgvuldig om te gaan met de dataverzamelmethode en het proces te documenteren. De gevolgde onderzoeksprocedure en daaruit voortvloeiende conclusies moeten transparant zijn voor de respondenten, zodat er sprake is van trustworthiness (Baarda et al., 2018).

Het mixed-method onderzoek biedt meer validiteit door gebruik te maken van triangulatie door middel van data- analyses die worden verkregen vanuit de dossiercontroles en het focusgroep interview. De dataverzameling gaat net zo lang door tot er geen nieuwe informatie meer uit voort vloeit. Wanneer er geen nieuwe informatie resulteert, kan geconcludeerd worden dat er sprake is van datasaturatie (Benders, 2023).

2.2.1 Data-analyse

De kwantitatieve gegevens worden geanalyseerd en zullen in percentages resulteren. De kwalitatieve gegevens worden verkregen via het focusgroep interview die anoniem worden verwerkt en woordelijk getranscribeerd in de tekstverwerker Microsoft Word. Aan de hand van een member check zijn de transcripten voorgelegd aan de respondenten om te controleren of de documentatie recht doet aan de informatieverstrekking van de respondent. Het open coderen van het transcript wordt uitgevoerd door het generen van centrale thema's. Elk thema zal een kleurcode bevatten. De verbanden tussen de thema's worden inzichtelijk bij het analyseren en de thema's worden zo compact mogelijk gemaakt door het axiaal coderen, oftewel het samenvoegen van. Na het generaliseren van de axiale coderingen, worden deze verder uitgediept tot selectieve coderingen. Het transcript wordt via thema's uitgewerkt in de codeboom (bijlage 3). De gegevens zullen uiteindelijk resulteren in de resultaten en het advies van het onderzoek (Baarda et al., 2018).

2.3 Ethische aspecten

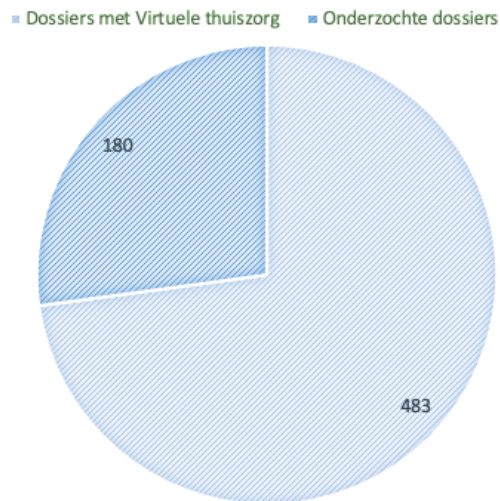
Het praktijkgericht onderzoek is niet getoetst door de Medisch Ethische Toets Commissie, omdat het niet behoort onder de Wet Medische- wetenschappelijk Onderzoek met mensen (Wetten, 2020). Toestemming namens de organisatie is verkregen door de directeur van het cluster Wijkverpleging en door de projectmanager van de Virtuele thuiszorg. De interne bestaande data (elektronische klanten dossiers) wordt inzichtelijk gemaakt door toestemming van de informatieadviseur in overleg met het team van security en privacy binnen de organisatie. Respondenten die deelnemen aan dit onderzoek zijn via de e-mail met een bijgevoegde informatiebrief (bijlage 2) op de hoogte gesteld. Op basis van relevantie wet- en regelgeving volgens de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit, geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens blijft de verslaglegging van het onderzoek anoniem. De data van het onderzoek zal tien jaar gearhiveerd blijven in een beveiligde omgeving bij Zuyd Hogeschool waarna deze wordt vernietigd (Baarda et al., 2018).

HOOFDSTUK 3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten omschreven die zijn verkregen vanuit het mixed-method onderzoek.

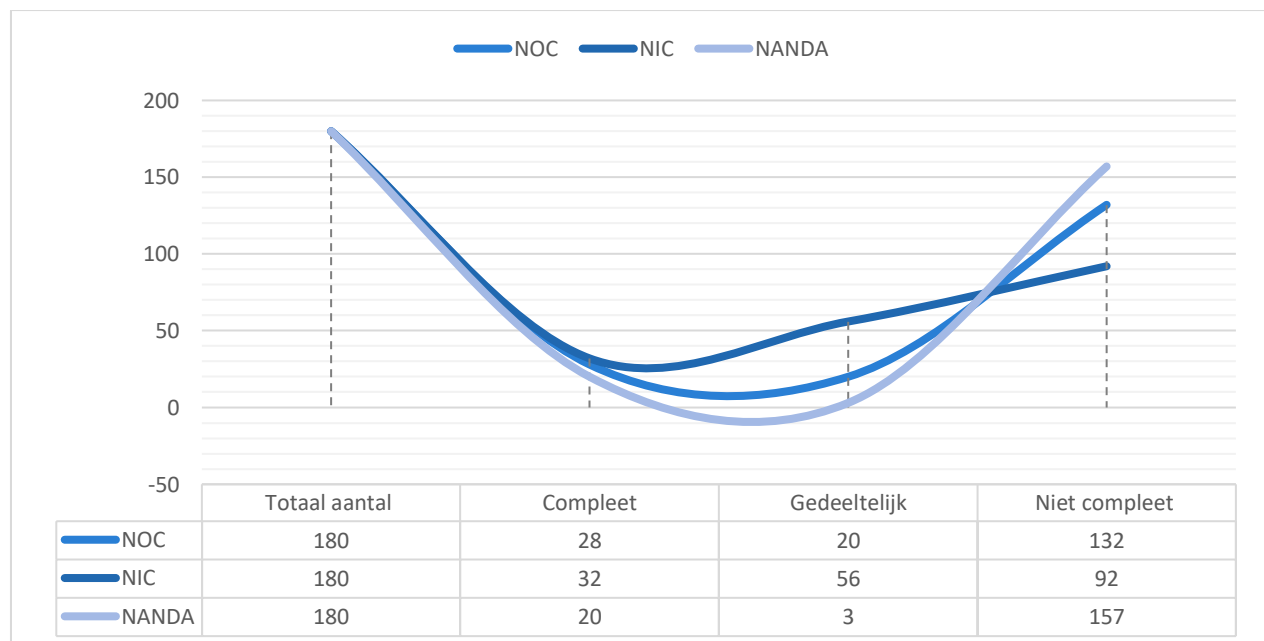
3.1 Kwantitatieve resultaten

Voor het kwantitatief onderzoek zijn beschikbare dossiers gecontroleerd (N=180) (figuur 1). De steekproef heeft plaats gevonden binnen de wijken binnen het cluster V&V die al gestart zijn met de virtuele thuiszorg. Het onderzoek is gericht op de verslaglegging van de virtuele thuiszorg in de anamnese verwerking (NANDA), de zorgresultaten (NOC) en de interventies (NIC).



Figuur 1: N=180

Vanuit de data-analyse kan de genomen steekproefgrootte van 180 dossiers worden aangeduid als 100%, wat in figuur 2 als het totaal aantal wordt omschreven. Dit resulteert als compleet behaald van de NANDA: 11% (20 dossiers), NOC: 16% (28 dossiers) en NIC: 18% (32 dossiers).



Figuur 2: Resultaten

3.2 Kwalitatieve resultaten

Bij het focusgroep interview hebben (wijk)verpleegkundigen deelgenomen (N=5). Na het coderen van het transcript, zijn hoofdthema's geselecteerd die worden omschreven in de thema's: competenties, motivatie, patiënt en familieparticipatie, beïnvloedende factoren, randvoorwaarden en de borging.

Competenties:

- Kennis: De geïnterviewden geven aan dat er voldoende kennis aanwezig is over de virtuele thuiszorg, waarbij de digitale interventies in samenspraak met de zorgvrager worden ingezet op een gesteld doel. Voor nieuwe medewerkers blijkt er een gemis aan informatie-uitwisseling en/of kennisdeling over de virtuele thuiszorg. Samenvattend kan worden gesteld dat er voldoende kennis aanwezig moet zijn over de digitale hulpmiddelen, om ze te kunnen aanbieden aan de zorgvrager. Deelnemer 5: *"Als ik zelf overtuigd ben over dat leuke dingetje, kan ik het goed overbrengen naar de zorgvrager, familie en de rest van het team"*.
- Vaardigheden: De gespreksvaardigheden bleken volgens de geïnterviewden een zeer belangrijk aspect voor de implementatie van het product. De manier waarop het product wordt gepresenteerd, kan van invloed zijn over hoe de boodschap door de zorgvrager of diens netwerk wordt ontvangen en hoe het proces vordert. Deelnemer 5 bevestigt deze resultaten met de opmerking: *"medewerkers die enthousiast waren en dachten: hier kan iets ingezet worden, die vervolgens de gesprekken op een niet- juiste wijze hebben aangepakt waardoor het is misgegaan"*. Duidelijke team afspraken en rolverdelingen ondersteunen normaliter de processen op een positieve wijze. Deelnemer 4: *"De kartrekker heeft het team goed mee meegetrokken in het proces"*. Echter bemerken de geïnterviewden ook dat het soms lastig is om de rolvervulling (kartrekker en aandachtsvelder) naar behoren uit te voeren gezien het proces ook tijd en energie vergt van de zorgprofessionals.

Motivatie:

De geïnterviewden geven aan dat er over het algemeen voldoende motivatie aanwezig is. De inzet van digitale hulpmiddelen kunnen op verschillende doelstellingen worden ingezet. Ze benoemen een preventieve behandeling, het bevorderen van het welbevinden, vergroten van de eigen regie en de eigen kracht waardoor de zorgvrager zo lang als mogelijk, veilig en zelfstandig thuis kan blijven wonen. Deelnemer 2: *"Het positieve krijgt ook een gezicht wanneer succesverhalen worden gedeeld"*. Verschillende meningen worden geuit over de overtuigingen en motivaties van medewerkers. Het omdenken van de zorg, blijkt volgens hen nog een issue. Deelnemer 5: *"Ze weten wel wat eigen kracht, eigen regie en zelfredzaamheid is, maar vinden het heel moeilijk om het zorgen voor, los te laten"*.

Daarnaast zijn de eigen waarden en normen benoemd waarbij deelnemer 5 aangeeft: *“Het is een beetje te ver van mijn eigen bed”*. Het blijkt dus van belang te zijn dat er voldoende eigen affiniteit moet zijn met het product, om het positief te kunnen overbrengen naar de ander.

Patiënt en familieparticipatie:

De inzet van de virtuele thuiszorg is gericht op de zorgvrager als individu, waarbij het sociale netwerk een belangrijke rol speelt om het proces succesvol te laten verlopen. Volgens de geïnterviewden is het van belang om de zorgvrager te kennen, waar liggen de interesses en betrek het sociale netwerk hierbij. Deelnemer 5: *“Als je echt met die zorgvrager praat, dan weet je dat onze fysieke zorg als overbodig wordt ervaren”*. Daarnaast is meermaals aangegeven dat het sociale netwerk een noodzaak is bij de inzet van verschillende producten. Deelnemer 1: *“Een alarmering buiten het woongedeelte wordt doorgezet naar de contactpersoon. Ook moet een BBrain geïnstalleerd worden en geprogrammeerd worden door een mantelzorger”*. De belangen van de zorgvrager worden nagestreefd door middel van gezamenlijke besluitvorming. De zorgvrager wenst op een veilige en verantwoorde wijze thuis te blijven wonen, waarbij ze zelf de gezondheid en de zorgprocessen kunnen managen. Deelnemer 4: *“Voorheen kwam de thuiszorg wekelijks voor de bloeddrukcontrole en nu kan dit met de digitale bloeddrukmeter. De gegevens worden automatisch geüpload en de zorgvrager belt de waarden zelf door naar de huisarts”*. Anticiperend op de eigen wensen en behoeften staan centraal. De geïnterviewden geven als keerpunt aan, dat het sociale netwerk ook een belemmerende factor kan zijn bij de inzet van de virtuele thuiszorg door een gebrek aan kennis en motivatie. Deelnemer 4: *“Mantelzorger is vaak niet te overtuigen”*.

Beïnvloedende factoren:

- De positieve factoren werden door de geïnterviewden aangeduid als ondersteunende zorg bij de huidige inzet, vergroten van het zelfmanagement en het bevorderen de eigen regie.

Deelnemer 3: *“Digitale hulpmiddelen om zo lang mogelijk en zo zelfstandig mogelijk thuis te kunnen blijven, zonder dat wij daarvoor nodig zijn of een aanvulling op onze zorg”*.

De geïnterviewden geven aan dat ze de inzet van de virtuele thuiszorg niet als een belasting zien maar als een meerwaarde in het (verpleegkundig) zorgproces. Het introduceren en het aanleren van het proces (kennis verwerking producten) vergt wel tijd en moeite, maar resulteert uiteindelijk in het behalen van winst, voor zowel de zorgvrager als voor de zorgprofessional.

- De belemmerende factoren werden unaniem benoemd op de thema's van randvoorwaarden en de problemen met netwerk- verbindingen, problemen met het opladen van producten of de werking van andere producten die het digitale hulpmiddel op een

negatieve manier beïnvloeden. Deelnemer 3: *“Zorgvragers die niet CZ verzekerd zijn of een WLZ hebben, komen niet in aanmerking. Daarbij zijn de grensgebieden hinderlijk door verstoringen in het netwerk”*. Buitenom de randvoorwaarden en de productenproblematiek, werden aspecten benoemd over de borging.

Randvoorwaarden:

De randvoorwaarden van het algemene proces leken voor de geïnterviewden inzichtelijk en redelijk concreet. Ze gaven aan dat er stappen werden gemist aan de voorkant van de implementatie. Volgens de geïnterviewden is er nooit gesproken over een verslaglegging/documentatie. Ook de rolverdelingen met betrekking tot de kartrekker en aandachtsvelder waren niet duidelijk. Deelnemer 4: *“Waarschijnlijk is het door verschillende aandachtsvelders verkeerd overgebracht/overgekomen en die hebben dat verkeerd in het team uitgerold”*. Het management stimuleert de streefwaarden van de producten voor 30% inzet per wijkteam en bespreekt dit ook tijdens de werkoverleggen. Deelnemer 2 geeft aan dat de manager gezegd heeft: *“Jullie zetten nog niet voldoende producten in, hier moet aan gewerkt worden”*. Of de uitspraken van de managers richting het verplegend personeel mogelijk van invloed zijn op de inzet en/of de aanvraag van de producten, zonder hier een indicatie voor te hebben, is nu nog niet duidelijk. Deelnemer 4: *“We moeten het wel kunnen onderbouwen en niet iets inzetten, om maar in te zetten”*.

Borging:

De geïnterviewden verwoordden dat ze zich nog niet hebben verdiept in de uitwerking van de digitale interventies om het te kunnen borgen. Het besef en het belang van de borging is er volgens de deelnemers wel, maar door de hoge werkdruk wordt de verslaglegging en documentatie niet consequent uitgevoerd. Deelnemer 5: *“Het heeft gewoon ook niet de prioriteit nu”*. Er is volgens hen te weinig aandacht besteedt over het borgingsproces tijdens de introductie en implementatie van de virtuele thuiszorg. Een gemis van concrete afspraken heeft geresulteerd in het summier of niet verwerken van de digitale interventies in het elektronisch zorgdossier. Deelnemer 4: *“Ik denk dat daar te weinig eenduidigheid in is en dat het daarom niet is uitgevoerd”*. De geïnterviewden missen organisatorische uniformiteit en de afspraken over de borging. Deelnemer 2: *“Als je het in een standaardformulier doet, dan moet het en heeft ieder team hetzelfde”*. Merkbaar is de gedachtegang en het omdenken over het verschil tussen de digitale interventies en de fysieke interventies, waardoor er buiten de comfortzone wordt gedacht over het verwerken van deze processen. Deelnemer 1: *“Het zit nog niet in mijn systeem. Je spreekt er wel met de zorgvrager over, maar dat wordt niet verwerkt”*.

HOOFDSTUK 4 DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In dit hoofdstuk wordt de discussie en de sterkte- zwakteanalyse omschreven, resulterend in een conclusie van het mixed-method onderzoek.

4.1 Discussie

Het onderzoek heeft als doel om inzicht te krijgen in het proces van de virtuele thuiszorg en antwoord te geven op de hoofdvraag: "Hoe kan de inzet van Virtuele Thuiszorg bij zorgvragers in de thuissituatie binnen de (verpleegkundige) zorg in het zorgplan worden geborgd, waardoor digitale interventies worden gemonitord en opgevolgd?"

De kennis is aanwezig over de virtuele thuiszorg en de digitale interventies worden ingezet op basis van klinisch redeneren om efficiënt en onderbouwd zorg te bieden. Vanuit de dossieronderzoeken is gebleken dat de klinische gedachtegang niet aantoonbaar is. Aanvullend worden de belangen bevestigd door de literatuurstudie die aangeeft dat de digitale interventies de zelfredzaamheid van de zorgvrager verbeteren en effect hebben op de kwaliteit van zorg met als doel om mensen langer op een veilige en verantwoorde wijze thuis te laten wonen (Wouters, Huygens, Voogdt et al., 2019). Bij het implementeren van de digitale interventies is het volgens de geïnterviewden belangrijk om de juiste gesprekstechnieken toe te passen. Vanuit het literatuurreview aangeduid als knelpuntanalyse van eHealth in de wijkverpleging (2020) wordt omschreven dat er weinig scholingen hebben plaats gevonden over gesprekstechnieken en dat zorgprofessionals moeite hebben met gespreksvoering. De geïnterviewden benadrukken met name het preventieve gebruik en het langer en veilig thuis wonen. De onderzoeker heeft ingespeeld op de aspecten die zijn benoemd en doorgevraagd naar motieven en gedachtes. De gedachtes van de geïnterviewden sluiten aan bij de literatuurstudie die omschrijft, wanneer er door ervaring met de innovatie het vertrouwen in zichzelf toeneemt en alternatieve toepassingen die de effectiviteit van de innovatie doen vergroten, resulteert dit in een positieve bijdrage (Concerns-Based Adoption Model; Hord, 1987). De virtuele thuiszorg sluit aan bij de toekomstperspectieven, gericht op de transitie van de zorg en de toename van de zorg door vergrijzing (ZonMw, 2020). De (wijk)verpleegkundigen hebben als doel om de zorg te bieden waarbij de zorgvrager centraal staat en er wordt geanticipeerd op het lichamelijke, sociaal en psychisch gebied wat aansluit bij de literatuur van het Zorginstituut Nederland (2015). Inspelend op het vermogen en de vaardigheden van de zorgvrager wordt er in overleg met de mantelzorger een besluit genomen door middel van gezamenlijke besluitvorming.

Dit is volgens de Patiënten Federatie Nederland (2019) een belangrijk aspect om de verandering succesvol te laten blijken en zo is het proces van de virtuele thuiszorg ook afgebakend. Echter worden er door de geïnterviewden aangegeven, dat het sociale netwerk ook een belemmerende factor kan zijn. Deze bevindingen sluiten aan bij de literatuur die omschrijft dat sociale normen, aanwezige rolmodellen en sociale vergelijkingsprocessen een negatieve invloed kunnen hebben op de gedragingen van het individu door diegene een andere richting op te sturen (Berkman e.a., 2014). De onderzoeker heeft diepgaande vragen gesteld over de neveneffecten die ontstaan wanneer een mantelzorger niet bereid is om mee te werken. De belemmerende factoren zijn buitenom het sociale netwerk met name gericht op technische aspecten zoals niet- werkende functionaliteiten en instabiele internetverbindingen. Ook de vaardigheden of eigen affiniteit met de digitale interventies spelen een belangrijke rol om het product te implementeren en aan te bieden. De literatuur van de knelpuntanalyse in de wijkverpleging (2020) bevestigt deze beïnvloedende factoren wat resulteert in een aanvulling op de eigen bevindingen. Als er wordt ingezoomd op de randvoorwaarden over de inzetmogelijkheden van de virtuele thuiszorg, blijken deze aspecten wel bekend bij de geïnterviewden en ze weten hiernaar te handelen. Echter worden aspecten gemist vanuit de wet- en regelgeving zoals de gedragscode: EGiZ, die als richtlijn de processen reguleert om aan geldende regelgeving te voldoen (Nictiz, 2013). Er is wel informatie gegeven over de toestemmingsverklaringen en zorgleveringsovereenkomsten die in het elektronisch klantendossier verwerkt zijn. De onderzoeker heeft hier tijdens het interview niet op doorgevraagd gezien de belangenbehartiging en de tijdsindicatie. Door tijdsdruk en het omdenken van fysieke naar digitale interventies wordt in de verslaggeving gemist. Uit de dossieronderzoeken en het focusgroep interview blijkt dat er moeite is met de borging van de virtuele thuiszorg. De noodzaak van de borging is er wel maar wordt niet als hoge prioritering weergegeven, dit komt niet overeen met de richtlijn van verslaglegging (V&VN, 2023). De resultaten sluiten wel aan bij het review waar wordt geconcludeerd dat er veel belangrijke informatie ontbreekt in het zorgdossier (Flemming en Hubner, 2013).

4.1.1 Sterkte en zwakteanalyse

Voor de literatuurstudie is er gebruik gemaakt van de Piramide van Evidence (Piramide van betrouwbaarheid, 2022) en is er rekening gehouden met de actualiteit, validiteit en betrouwbaarheid, getoetst door de CRAAP- test (Hogeschool Rotterdam, z.d.). De opzet van het onderzoek is beoordeeld door de tutor, medestudenten en peerdebriefing.

Het kwantitatief onderzoek is vormgegeven doormiddel van dossiercontroles die zijn uitgevoerd in een geanonimiseerde werkomgeving die beschikbaar zijn gesteld door de informatieadviseur in overleg met het team van security en privacy (Meandergroep, 2023).

Het kwalitatief onderzoek is vormgegeven door een focusgroep interview (N=5). Het interview heeft diepgaande inzichten gegeven over de inzet en de borging van de virtuele thuiszorg in het zorgdossier, wat specifiek aansluit bij de onderzoeksvraag van de bachelor thesis. De samenstelling van de respondenten bleek succesvol waarna complimenten zijn gegeven richting de onderzoeker over de manier waarop het interview heeft plaats gevonden en de vraagstellingen (doorvragen). Het uitgewerkt transcript is door de membercheck gevalideerd op betrouwbaarheid en volledig (Baarda et al., 2018).

De virtuele thuiszorg is een relatief nieuw onderdeel van eHealth, waardoor er weinig directe literatuur over de virtuele thuiszorg te verkrijgen was. Enkele reviews en cohortstudies waren verouderd en meer gericht op het onderwerp van eHealth in het algemeen, maar hadden een positieve meerwaarde voor dit onderzoek. De belemmeringen in het kwantitatief onderzoek zijn met name gericht op de aantallen van de zorgdossiers. Er waren 483 dossiers beschikbaar maar gezien de tijdsduur van het onderzoek is ervoor gekozen om 180 dossiers te controleren (37%). De steekproefgrootte (N=180) betreft dus niet het gehele aantal van de aanwezige dossiers waardoor er mogelijk wel verschil kan ontstaan in de resultaten wanneer het kwantitatieve onderzoek wordt voortgezet op het totale aantal dossiers.

Het kwalitatief onderzoek is vormgegeven doormiddel van een focusgroep interview dat was ingecalculeerd voor 14 respondenten. Er is gezamenlijk met de projectbegeleidster gekozen om de inclusie aan te passen en de projectbegeleidster niet bij het interview te betrekken om wenselijke antwoorden te voorkomen. Van de 14 respondenten zijn er van 7 respondenten geen reactie ontvangen, 2 respondenten hadden geannuleerd wegens andere werkzaamheden.

Er is in de huidige situatie wel sprake van data- saturatie maar dat kan in de toekomst in andere percentrages resulteren gezien de inclusie van dit onderzoek dat niet op het volledige aantal dossiers is afgebakend. Het mixed-method onderzoek draagt bij aan een hogere betrouwbaarheid van conclusies en geldigheid van resultaten waardoor er triangulatie is ontstaan. De steekproefgrootte is breder uitgezet, waardoor er zorg wordt gedragen voor validiteit en generaliseerbaarheid. De kwantitatieve data fungeren als een aanvullend resultaat op de kwalitatieve data (Baarda et al., 2018)

4.2 Conclusie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de inzet van digitale interventies in zijn algemeenheid als voordeel wordt gezien en deze frequent worden ingezet. De digitale interventies worden als een aanvulling gezien op het huidige zorgproces en sluiten aan bij de toekomstperspectieven. Een verbetering van de zelfredzaamheid bij de zorgvrager, een positief effect op de kwaliteit van de zorg en de belastbaarheid van de zorg. De digitale interventies worden vanuit een klinische beargumentering ingezet. Desondanks zijn er ook nadelen benoemd die aandacht vereisen. Nieuwe medewerkers worden niet optimaal bij het proces betrokken waardoor de kennis niet tijdig wordt overgedragen en/of gedeeld. Daarnaast geven de geïnterviewden aan dat er hiaten worden geconstateerd in de gesprekstechnieken waardoor de inzetmogelijkheden van de digitale interventie(s) niet kan worden gerealiseerd. Inzoomend op de familieparticipatie, kan de betrokkenheid een positieve bijdrage leveren, anderzijds kan de betrokkenheid tegenstrijdig werken waardoor de digitale interventie moeizaam of niet kan worden geïmplementeerd. Daarnaast kan geconstateerd worden dat de verslaglegging niet adequaat wordt uitgevoerd, er is weinig tot geen dossiervorming aanwezig gericht op de digitale interventies, waardoor de kwaliteit van zorg en de eigen regie van de zorgvrager mogelijk verminderd. Vanuit het focusgroep interview blijken tijdsdruk, kennistekort en de organisatorische randvoorwaarden een grote rol in te spelen bij de borging van de digitale interventies in het zorgdossier. Op basis van deze onderzoeksresultaten wordt het advies en de inbedding geschreven.

HOOFDSTUK 5 ADVIES EN INBEDDING

In dit hoofdstuk worden concrete aanbevelingen gegeven voor de organisatie en wordt de borging van het onderzoek beschreven.

5.1 Advies

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en een implementatie te laten resulteren in een succesproces, is het belangrijk om de beïnvloedende factoren inzichtelijk te krijgen (Metselaar et al., 2011). Het Evidence Based diagnosemodel (DINAMO-model) voor veranderbereidheid geeft inzicht in het draagvlak voor een geplande verandering. Het wordt gedefinieerd als het creëren van de voorwaarden waardoor de betrokkenen resultaatgericht willen, moeten en kunnen veranderen. De beïnvloedende factoren vanuit het model zijn door de DINAMO Quick scan bepaald en resulteren in kleurcodes. De oranje kleurcodes behoeven aandacht voor de verandering binnen de wijkteams, gericht op: betrokkenheid, kennis en ervaring, informatievoorziening, verandervermogen, timing en interne druk. Vanuit de beïnvloedende factoren van de DINAMO Quick scan (bijlage 4) in combinatie met de onderzoeksresultaten van het mixed-method onderzoek zijn aanbevelingen geformuleerd.

5.1.1 Aanbevelingen naar de zorgorganisatie

Aanbeveling 1: Zorgprofessionals van het cluster wijkverpleging, ongeacht het opleidingsniveau, dienen een coaching sessie te krijgen om de gespreksvaardigheden te ontwikkelen. Wanneer de zorgprofessionals het gesprek beter kunnen aangaan met elkaar en met zorgvragers en mantelzorgers, zal de communicatie onderling verbeteren en mogelijk de kwaliteit van zorg toenemen (Butterfoss et al., 2008). Het plannen van een behandeling, het beslissen over de zorg en het maken van keuzes wordt gerealiseerd door gezamenlijke besluitvorming. De attitude, kennisinbreng, dialoog en samenwerking zijn belangrijke aspecten waarbij de zorgprofessional de zorgvrager op maat dient te ondersteunen wat een andere houding en expertise vergt van de zorgprofessional (Timmer, 2010).

Aanbeveling 2: Vanuit het onderzoek blijkt dat de eigen affiniteit met de producten als een positieve meerwaarde resulteren bij het implementeren. Keuzehulpen met eigen wensen, behoeften, waarden en normen, kunnen gebruikt worden voor het verbeteren van de participatie, van zowel de zorgprofessional en de zorgvrager als diens netwerk (Valente, 2015). De succesverhalen van zorgvragers met virtuele thuiszorg verzamelen en gebruiken als metingen, om processen van de virtuele thuiszorg verder te ontwikkelen en verbeteren.

Aanbeveling 3: Uit het onderzoek volstaat dat de kennis verwaterd op het moment dat er nieuwe medewerkers in dienst treden of wanneer medewerkers wisselen van rayon. Dit zou verbeterd kunnen worden door scholingen (educatieve strategie), om zo de kennis over de virtuele thuiszorg up to date te houden bij medewerkers (Bandara, 1986). Voor de bijscholing is gekozen voor een e-learning. De fysieke scholingen blijven behouden voor nieuwe medewerkers, ook wanneer het project volledig is uitgerold.

Aanbeveling 4: Vanuit het onderzoek blijkt dat de rolverdelingen van de kartrekker en aandachtsvelder niet duidelijk zijn beschreven. Het inhoudelijke competentieprofiel van de kartrekker en aandachtsvelder zullen herzien en herschreven moeten worden zodat er duidelijkheid wordt gecreëerd (Johnsen et al., 2016). Mogelijk dat er een tijdsindicatie voor deze rolvullingen gerealiseerd kan worden. Een persoon per team/per overkoepelend team als kartrekker en een persoon als aandachtsvelder die bijvoorbeeld 4- uur per maand te besteden hebben aan de informatieverstrekking en sparmomenten met de directe collega's over de virtuele thuiszorg. Het proces van de virtuele thuiszorg blijft actief wat mogelijk zal resulteren in het verbreden van de kennis bij de medewerkers over de inzet van de virtuele thuiszorg.

Aanbeveling 5: Het creëren van draagbaarheid door middel van een motiverende en draagvlak creërende strategie. Vanwege de hoge werkdruk en het niet prioriteren van noodzakelijke aspecten, worden bijeenkomsten om een draagvlak te creëren als een meerwaarde gezien (Cozijnsen, 2005). De zorgprofessionals voelen zich gehoord en er wordt geen oordeel gegeven over het niet behalen van gestelde doelen door barrières (personele disbalans). Feedbackmomenten waar aandacht wordt gegeven aan persoonlijk contact maar ook de rolvulling van de kartrekker en aandachtsvelder. Door de stakeholder (projectmanager) in te zetten ontstaat er (mogelijk) een betere dialoog tussen het projectmanagement van de virtuele thuiszorg en de zorgprofessionals van de wijkteams.

Aanbeveling 6: Vanuit het mixed-method onderzoek komt naar voren dat er uniformiteit wordt gemist ten aanzien van de verslaglegging en documentatie waardoor een combinatie van een faciliterende, organisatorische en samenwerking strategie een meerwaarde kunnen zijn om de optimale resultaten te behalen. Het gemis van de verslaglegging leidt tot het niet onderbouwen en beargumenteren van de keuze inzet en gezamenlijke besluitvorming waardoor het proces niet naar behoren is gedocumenteerd en niet geëvalueerd kan worden. Om meer uniformiteit te creëren en de kwaliteit te kunnen waarborgen, wordt een voorbeeld van de verwerking in de dossiers als wenselijk gezien waarbij er aandacht wordt besteed aan de gestelde zorgdoelen en interventies met een koppeling naar de nieuwe richtlijn van

verslaglegging (V&VN, 2022). Om het proces te kunnen borgen is het noodzakelijk om de virtuele thuiszorg ook mee te nemen bij de intercollegiaal toets groepen, interne audits, bespreken bij werkoverleggen en training on the job. Door de kartrekkers, aandachtsvelders en projectleiders een actieve rol te geven in het borgingsproces over de verslaglegging van de virtuele thuiszorg in het elektronische klanten dossier. Ondersteuning vanuit het supportteam kan een meerwaarde zijn om competentieontwikkelingen te bevorderen en eenduidigheid te creëren binnen de wijkteams (Metselaar et al., 2011).

5.2 Inbedding

Het borgen van veranderingen houdt in dat veranderingen ingebed raken in de organisatiecultuur. Wanneer een verandering geborgd is, is de verandering onderdeel geworden van het normale en zal er geen terugval plaats vinden (Grol en Wensing, 2001). Het borgen van de verandering is normaliter de laatste stap van het veranderproces en is essentieel om het veranderproces te laten slagen, omdat veranderingen anders niet ingebed raken binnen de organisatie en daardoor niet overleefd blijven (Armenakis en Harris, 2002). Het borgen is niet per definitie de laatste stap maar begint ook al bij de voorbereiding. Het is een continu proces waar het evalueren en bijstellen centraal staan. Bij het implementatieproces zijn (tussen)evaluaties belangrijk om de implementatie bij te sturen of aanvullende activiteiten te organiseren. Bij deze manier van werken blijven de plannen overzichtelijk. Het borgen is belangrijk om te zorgen dat de nieuwe inzet resulteert in de dagelijkse routine zodat er geen gevoelens worden ontwikkeld om extra handelingen te moeten verrichten. Zowel voor het evalueren als het borgen is de werkwijze een continu cyclus en blijvend proces (Grol & Wensing, 2006). De PDCA-cyclus (plan, do, check en act) is een model om de continue verbetering en vernieuwing in een organisatie aan te sturen. Het cyclisch karakter draagt zorg voor de aandacht en voor de kwaliteitsverbetering (Lean, 2023). Het projectvoorstel binnen de organisatie zou herschreven kunnen worden volgens de PDCA- cyclus waarin de resultaten en aanbevelingen meegenomen worden.

Het wordt aanbevolen om 12 maanden na de volledige uitrol van de virtuele thuiszorg binnen het cluster wijkverpleging, een vervolgonderzoek uit te voeren. Dit vervolgonderzoek (kwantitatief onderzoek) zou uitgevoerd kunnen worden om inzichtelijk te krijgen of er verbeteringen zijn getroffen, ten aanzien van de verslaglegging van de virtuele thuiszorg in het zorgplan, waardoor de situatie beter gemonitord wordt en vervolgacties ingezet kunnen worden om de virtuele thuiszorg te borgen. Hierna zou een focusgroep kunnen plaats vinden (kwalitatief onderzoek) om nieuwe inzichten op te halen over ervaringen, de inzet en de betrokkenheid van de medewerkers bij de virtuele thuiszorg.

LITERATUURLIJST

- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Processes 50, pp. 179-211
- Allen, D., & Rixson, L. (2008). How has the impact of 'care pathway technologies' on service integration in stroke care been measured and what is the strength of the evidence to support their effectiveness in this respect? *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 6(1), 78–110. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2007.00098.x>
- Arif, M., Emary, I. M. M. E., & Koutsouris, D. (2014). *A review on the technologies and services used in the self-management of health and independent living of elderly*. Technology and Health Care, 22(5), 677–687. <https://doi.org/10.3233/thc-140851>
- Baarda, B., Bakker, E., Julsing, M., Fischer, T., & Van Vianen, R. (2017). *Basisboek methoden en technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis* (6e ed.). Houten: Noordhoff.
- Baarda, D. B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4e ed.). Groningen: Noordhoff.
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (3e ed.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Barends, E., & Ten Have, S. (2008). *Op weg naar evidence-based verandermanagement*. Holland Management Review, nr. 120, pp. 15-21
- Benders, L. (2023). *Vier soorten triangulatie in je scriptie*. Geraadpleegd op 02 april 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/triangulatie/>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J., & Wagner, C. M. (Eds.). (2020). *Verpleegkundige interventies* (5e herz ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brug, J., Assema, P., & Lechner L. (2017). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak*. (9^e ed.). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

- Celler, B. G., Lovell, N. H., & Basilakis, J. (2003). *Using information technology to improve the management of chronic disease*. The Medical Journal of Australia, 179(5), 242–246. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05529.x>
- Chen, Y., Abel, K. T., Janecek, J., Chen, Y., Zheng, K., & Cramer, S. C. (2019). *Home-based technologies for stroke rehabilitation: A systematic review*. International Journal of Medical Informatics, 123, 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.12.001>
- De Jong, A., Legius, M., & De Maesschalck, L. (2016). *Onderzoekend vermogen voor verpleegkundigen: Leerboek voor kritisch en methodisch probleemoplossend vermogen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dobber, J., Harmsen, J., & Van Iersel, M. (2016). *Klinisch redeneren en evidence-based practice: Weloverwogen besluitvorming door verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Flinterman, L., Groenewegen, P., & Verheij, R. (2018). *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel, 2018. Geraadpleegd op 16 maart 2023, van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/zorglandschap-en-zorggebruik-een-veranderende-eerste-lijn>
- George, T. (2022, 2 december). *Onderzoek met gemengde methoden | Definitie, gids en voorbeelden*. Geraadpleegd op 18 april 2023, van <https://www.scribbr.com/methodology/mixed-methods-research/>
- Grol R., & Wensing, M. (2007). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. (3e ed.). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2019). *Nanda international: Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2018-2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hoegen, P., Verhoef, J., Munten, A. J. M., & Kuiper, C. (Eds.). (2020). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming* (5e ed.). Amsterdam: Boom
- Kaljouw, M. (2016) *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen*. Geraadpleegd op 12 maart 2023, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen>

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. *EHealth*. (2022, 10 februari). Geraadpleegd op 22 maart 2023, van <https://www.knmg.nl/adviesrichtlijnen/dossiers/ehealth>

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. *Inleiding medische ethiek*. (2018, 14 februari). Geraadpleegd op 02 april 2023, van <https://www.knmg.nl/adviesrichtlijnen/ethische-toolkit/snel-wat-weten-1.htm>

Kusiak, L. (2018). *Digitale wijkzorg op maat. Zorgvisie ICT* 19, 12-14.
<https://doi.org/10.1007/s41186-018-0018-2>

Kusiak, L. (2017). *Zelfredzaam dankzij digitale thuiszorg. Zorgvisie ICT*. 18, 18-19
<https://doi.org/10.1007/s41186-017-0021-z>

Lambregts, J., Grotendorst, A., & van Merwijk, C. (2016). *Bachelor of Nursing 2020: Een Toekomstbestendig Opleidingsprofiel 4.0*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lange, D. H. R., & Houte, S. T. (2021). *Slim voorbereid op toekomstige zorgvraag. Zorgvisie*, 51(5), 30–34. <https://doi.org/10.1007/s41187-021-1064-0>

Mathijssen, E., de Lange, W., Bleijenberg N., Van Houwelingen, C., Trappenburg, J., & Westland, H. (2020). *Knelpuntenanalyse eHealth*. Geraadpleegd op 22 maart 2023, van https://www.venvn.nl/media/ylrfcooy/rapport-knelpuntenanalyse-ehealth_oktober-2020.pdf

MeanderGroep. *Virtuele thuiszorg*. Geraadpleegd op 22 maart 2023, van <https://www.meandergroep.com/nieuws/succesvolle-inzet-van-virtuelethuiszorg-binnen-meandergroep>

Metselaar, E., Cozijnsen, A., & Van Delft, P. (2010). *Dinamo Guick scan*. Nordhoff.

Metselaar, E., Cozijnsen, A., & Van Delft, P. (2018). *Van weerstand naar veranderbereidheid* (8e ed.). Amsterdam, Nederland: Reed Business Education.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016, 25 augustus). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen*. Nieuwsbericht | Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 10 april 2023, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen>

- MobileCare (z.d.). *Virtuele thuiszorg*. Geraadpleegd op 06 april 2023, van <https://mobile-care.nl/virtuelethuiszorg/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. *Signalering: eHealth en de juiste zorg op de juiste plek*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_266164_22/1/
- Nictiz. (z.d.). *Wet- en regelgeving in de zorg - Nictiz*. (2021, 26 september). <https://nictiz.nl/publicaties/wetenregelgevingindezorg/#:~:text=Het%20boek%20%27Wet%2D%20en%20regelgeving,ePubformaat%20voor%20eReaders%2C%20tablets%20en>
- Nivel. (2019). *Samen aan zet! eHealth – monitor*. Geraadpleegd op 22 maart 2023, van <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/publicat%3A1003604>
- Nivel. (2018). *Van implementeren naar borgen*. Geraadpleegd op 14 april 2023, van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Van_implementeren_naar_borgen.pdf
- Peetoom, K., Lexis, M. A. S., Joore, M. A., Dirksen, C. D., & De Witte, L. P. (2015). *Literature review on monitoring technologies and their outcomes in independently living elderly people*. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 10(4), 271–294. <https://doi.org/10.3109/17483107.2014.961179>
- Piramide van Betrouwbaarheid. (2022). *Leidraad voor Evidence Based Werken | id Plein*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://www.idplein.nl/piramide-van-betrouwbaarheid>
- Rezapour, A., Hosseinjebeli, S. S., & Faradonbeh, S. B. (2021). *Economic evaluation of E-health interventions compared with alternative treatments in older persons' care: A systematic review*. *Journal of education and health promotion*, 10(1), 134. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_787_20
- Rijksoverheid. (2018). *Toekomst zorg thuiswonende ouderen*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>

- Rijksoverheid (2023). *Zorg voor innoveren – digitale vaardigheden*. Geraadpleegd op 20 maart 2023, van <file:///Users/roxannevoncken/Downloads/Handreiking+Digitale+Vaardigheden+-+Zorg+voor+innoveren.pdf>
- Rijksoverheid. *Zorginnovaties, een checklist voor succesvolle implementatie*. Geraadpleegd op 20 maart 2023, van <file:///Users/roxannevoncken/Downloads/Zorginnovaties%20Checklist%20implementatie%20-%20RIVM%20-%202022.pdf>
- Rijksoverheid. *Zorgstelsel*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>
- Rosendal, H., Van Dorst, J., & Van Dorst, J. (2019). *Vakbekwaam indiceren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stichting Centraal Ziekenfonds: CZ. (z.d.). *Eigen kracht en eigen regie vergroot inzet VirtueleThuiszorg*. Geraadpleegd op 20 maart 2023, van <https://www.cz.nl/over-cz/nieuws/eigen-kracht-en-regie-vergroot-dankzij-inzet-van-virtuelethuiszorg>
- Van Der Cingel, M., Bulle-Smid, L., Holterman, S., Prins, H., Keuning, W., & Hettinga, M. (2021). From clinical reasoning to ehealth interventions; a study on how nurses assess care and ehealth in home care. *Nurse Education in Practice*, 50, 102925. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102925>
- Van Der Wedden, H. (2019). 'Door e-health komt er juist meer tijd voor de patiënt'. *Nursing*. <https://doi.org/10.1007/s41193-019-0009-0>
- Van Riet, J., Makkes, N., Van Wezel, P., & Roosenboom, M. (2018). *Krachtige basiszorg*. *Bijblijven* 34, 286-298. <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0312-8>
- V&VN. *Begrippenkader indicatieproces*. Geraadpleegd op 06 maart 2023, van <https://www.venvn.nl/media/lwdls4jg/begrippenkader-indicatieproces-def.pdf>
- V&VN. *De professionele standaard, een uitwerking*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://www.venvn.nl/media/gzxpfejv/professionele-standaard-een-uitwerking.pdf>

- V&VN. *Normenkader*. Geraadpleegd 06 maart 2023, van <https://www.venvn.nl/media/a4jhj5yt/normenkader-v-vn.pdf>
- V&VN. (2022). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Geraadpleegd op 16 maart 2023, van <https://www.venvn.nl/media/w02buck0/v-vn-richtlijn-verslaglegging.pdf>
- Wilkinson, J. M., van der Burgh, A., Luitjes, M., Eisenberg, I., & Van 't Hul, L. (2020). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces* (6e ed.). Amsterdam: Pearson.
- Windesheim (2017). *Verpleegkundige besluitvorming over de inzet van eHealth in de wijk*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van file:///Users/roxannevoncken/Downloads/file_0d8eae7f-1574-4893-bb3d4e2ed3d06a93_3394317_Onderzoeksrapport_Verpleegkundige_besluitvorming_over_de_inzet_van_eHealth_in_de_wijk_definitief.pdf
- World Health Organization. (z.d.). *WHO EMRO | eHealth | Health topics*. - Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/>
- World Health Organization. *Vergrijzing en zorgzwaarte aan huis*. Geraadpleegd op 01 maart 2023, van https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf
- Wouters, E., van der Zijpp, T., & Nieboer, M. (2017). *(B)eHealth: Technologie voor een gezonde toekomst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zorginstituut Nederland. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren*. Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen.
- ZonMw. (2022). *Praktijkgericht onderzoek*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/impact-versterken/praktijkgericht-onderzoek>

BIJLAGE 1: FOCUSGROEP, SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW - TOPICLIST

Interviewer: Roxanne Voncken

Datum: 24 april 2023

Begintijd: 15:30 uur

Eindtijd: 16:30 uur

Code: Letter D (deelnemer) met de nummering van de respondenten.

Draaiboek interview

- De deelnemer is een (wijk)verpleegkundigen die doet indiceren en werkzaam is binnen de extramurale setting in de werkgebieden: Kerkrade, Bocholtz, Simpelveld, Voerendaal en Heerlen- Noord;
- De deelnemer heeft ervaring met het indiceren en het gebruik van eHealth binnen het zorgproces;
- De deelnemer heeft geen directe werkrelatie met de onderzoeker;
- De deelnemer heeft de informatiebrief gelezen en de toestemmingsverklaring vooraf ondertekend.

Benodigde materialen:

- Computer;
- Audio- opname door middel van audioapparatuur;
- Geschikte ruimte (voldoende lichtinval, warmteregulatie en zonder onderbrekingen).

Handvaten focusgroep interview:

- Draag zorg voor een veilige, vertrouwde en vriendelijke omgeving waardoor de respondenten zich op het gemak voelen. Gedeelde informatie blijft in deze ruimte;
- Anonimiteit benoemen: "code interview";
- Actieve en geïnteresseerde open lichaamshouding;
- Draag zorg voor voldoende inbreng van alle respondenten, werk indien nodig met beurten geven waardoor een positieve groepsdynamiek wordt gecreëerd.
- Gesprekstechnieken zoals het luisteren, samenvatten en doorvragen maar ook het niet invullen voor een ander;
- Verdiepende vragen stellen: "kunt u dit verder toelichten?"

Voorstellen onderzoeker:

Min naam is Roxanne Voncken, Hbo- verpleegkundige en zichtbare schakel in opleiding binnen MeanderGroep. Er zullen vragen gesteld worden waarna jullie deze kunnen beantwoorden. Om de informatie goed te kunnen begrijpen en het voorkomen van verkeerde

interpretaties, is het mogelijk dat ik bij bepaalde gegeven antwoorden zal doorvragen. Indien er tussentijds vragen namens jullie kant aanwezig zijn jegens mij, mogen jullie mij gerust onderbreken. Ieder individu heeft al schriftelijke toestemming gegeven voor het onderzoek. Ik wil jullie vragen of jullie akkoord gaat met de audio- opnames. De opnames zijn alleen beschikbaar voor de onderzoeker, daarna zal ik de opnames transcriberen en vernietigen. Ik zou na afloop het uitgeschreven transcript aan jullie willen voorleggen om na te kijken of dit een correcte uitwerking is. Jullie gegevens worden anoniem behandeld en alleen gebruikt voor dit onderzoek.

Heeft een van jullie op dit moment nog vragen over het onderzoek, voordat ik de audio-opname start? Als er geen vragen meer zijn, ga ik de geluidsopname starten.

Start audio- opname.

Openingsvraag:

Kunnen jullie iets vertellen over hoe lang er al gebruikt wordt gemaakt van de Virtuele Thuiszorg binnen jullie wijkgebieden?

Topics	Sub-topics	Voorbeeldvragen
Gebruik van Virtuele Thuiszorg	• Kennis; • Inzetmogelijkheden; • Meerwaarde; • Actueel gebruik eHealth	1. Wat wordt verstaan onder eHealth, gericht op de virtuele thuiszorg? 2. Hoe wordt de virtuele thuiszorg ingezet en wie voert de gesprekken uit? 3. Wat is de mening/ervaring van de respondenten over de huidige inzet van de virtuele thuiszorg? 4. Welke digitale interventies zijn het meest voorkomend binnen het desbetreffend wijkgebied?
Kennis en gespreksvaardigheden	• Achtergrondkennis; • Vaardigheden en attitude; • Beheersen van gesprekstechnieken; • Acceptatie digitale interventie(s); • Rolverdeling	5. Hebben de zorgverleners voldoende affiniteit en kennis over de virtuele thuiszorg? 6. Beschikken zorgverleners over de juiste gesprekstechnieken? Combinerende vraag met welke houding/gesprekstechnieken zijn er noodzakelijk en worden hier in een team overwegingen in gemaakt (wie voert wat uit?)

Vaardigheden	• Voorwaarden zorgproces; • Competenties (CanMEDS); • Classificatiesysteem; • Monitoren van het proces.	7. Zijn de competenties bij de verpleegkundigen aanwezig om digitale hulpmiddelen/ interventies aan te bieden? 8. Worden de digitale interventies gekoppeld aan een diagnostiek – resultaat en interventie en hoe wordt dit omschreven in het zorgplan? 9. Hoe vindt de monitoring en evaluatie plaats?
Randvoorwaarden	• Bevorderen en belemmerende factoren; • Classificatiesysteem; • Richtlijnen verslaglegging; • Organisatorisch niveau	10. Ondersteunt het elektronisch klantendossier het proces van de virtuele thuiszorg (anamnese – NANDA – NOC – NIC); 11. Hoe is de omgang met wet- en regelgeving (richtlijnen/protocollen?) 12. Missie en visie van de zorgorganisatie: sluit deze aan bij jullie eigen gedachtegang ten aanzien van de virtuele thuiszorg en de borging hiervan?
Belastbaarheid	• Ervaren draagkracht en draaglast, zowel professional als zorgvrager.	13. Merken jullie dat het aantal zorgaanvragen door de virtuele thuiszorg worden verminderd? Als niet: wat bemerken jullie dan? 14. Ervaren van de werkdruk, hoe is de belastbaarheid?
Afronding en evaluatie		15. Zijn er nog zaken die niet benoemd zijn geworden, maar die jullie wel nog graag zouden willen delen? 16. Ieder individu nagaan: "hoe hebben jullie dit interview ervaren?"

De audio-opname wordt gestopt.

Ik wil jullie vragen of jullie bereid zijn om de aantekeningen/samenvatting op papier te lezen, om te checken of alle gegeven informatie klopt met hoe het is beschreven (member- check).

Kan ik hiervoor jullie werk-email adressen gebruiken met een dead- line datum?

Ik dank jullie alle hartelijk voor de open en eerlijkheid tijdens dit focusgroep interview.

BIJLAGE 2: INFORMED CONSENT

Informatiebrief voor de praktijk

De borging van virtuele thuiszorg in het elektronisch klantendossier

Geachte (wijk)verpleegkundigen,

Ik vraag u om mee te doen aan een onderzoek in het kader van een afstudeeronderzoek van de opleiding HBO- verpleegkunde. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. Het onderzoek zal plaats vinden binnen de wijkteams Kerkrade, Bocholtz, Simpelveld, Heerlen- Noord en Voerendaal. U ontvangt deze brief, omdat u werkzaam bent binnen een van deze wijkteams. Voor dit onderzoek zullen veertien (wijk)verpleegkundigen benaderd worden, waarvan zes tot tien (wijk)verpleegkundigen worden geselecteerd. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U mag over het onderzoek praten met uw partner, familie of vrienden.

1. Aanleiding en doel van het onderzoek

Organisaties in de gezondheidszorg worden geconfronteerd met verschillende uitdagingen door de toenemende vergrijzing, een tekort aan personeel en een toename van (complexe) zorg. Het gebruik van zorg en communicatietechnologie zou kunnen ondersteunen om de zorg draagbaar te houden. Uit de literatuur blijkt dat het aanbod van digitale hulpmiddelen groter is dan het actueel gebruik. Factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn dat de digitale hulpmiddelen beperkt wordt toegepast door de zorgprofessionals, zoals een gebrek aan gelegenheid, motivatie en capaciteit. Daarnaast is er volgens de literatuur een gemis aan verslaglegging in het elektronisch klantendossier waardoor belangrijke en relevante informatie van de zorgvrager wordt gemist. De factoren die hierbij van invloed zijn worden aangeduid als het gemis van competenties, vaardigheden en administratieve lasten. De onderzoeksvraag die centraal staat: "Hoe kan de inzet van Virtuele Thuiszorg bij zorgvragers in de thuissituatie binnen de (verpleegkundige) zorg in het zorgplan worden geborgd, waardoor digitale interventies worden gemonitord en opgevolgd?"

2. Meedoen aan het onderzoek

Het onderzoek zal plaatsvinden volgens een mixed method onderzoek met een beschrijvend karakter. Voor het uitvoeren van het onderzoek is toestemming gevraagd en verkregen vanuit de clusterdirecteur van het cluster Verzorging en Verpleging extramuraal.

Er worden drie onderzoeksmethodes toegepast om gegevens te verzamelen:

- Literatuuronderzoek;
- Interne data- verzameling vanuit het elektronisch klantendossier ONS ®;
- Semigestructureerde focusgroep interview met de (wijk)verpleegkundigen.

De deelnemers worden benaderd door de onderzoekster op basis van vastgestelde in- en exclusiecriteria. De interne data-verzameling zal plaatsvinden in de maand april. De dataverzameling door middel van het focusgroep interview zal plaatsvinden in de periode vanaf begin april t/m begin mei 2023. De tijdsinvestering voor het focusgroep interview zal ongeveer één uur duren en wordt na toestemming opgenomen via audioapparatuur. Nadat het interview is verwerkt in het onderzoek, wordt de opname verwijderd.

3. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het 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 dan niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken om toch te stoppen, ook tijdens het onderzoek. U moet het wel melden maar hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u wilt blijven meedoen aan dit onderzoek.

4. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt als:

- Uw bijdrage aan het onderzoek geleverd heeft;
- Uzelf kiest om te stoppen;
- Het einde van het hele onderzoek zoals hiervoor beschreven is bereikt.

Na het verwerken van alle gegevens informeert de onderzoeker u over de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. De resultaten zullen medio mei 2023 bekend worden gemaakt, na afronding van het onderzoek.

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden uw persoonlijke gegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het kan gaan om gegevens zoals uw naam, leeftijd en werksetting.

Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld, te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. In rapporteren en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar een opdrachtgever en de docentbegeleiders worden gestuurd bevatten alleen een code, maar geen gegevens waar u kunt worden geïdentificeerd.

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen op de onderzoeklocatie toegang krijgen tot al uw gegevens. Ook tot de gegevens zonder code. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd. Personen die ter controle inzage kunnen krijgen in uw gegevens zijn de docentbegeleider en/of toezichthoudende autoriteiten, bijvoorbeeld de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Zij houden uw gegevens geheim. Wij vragen u voor deze inzage toestemming te geven.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar digitaal worden bewaard op een beveiligde onderzoeklocatie van Zuyd Hogeschool.

Bewaren en gebruiken van gegevens

Uw gegevens kunnen na afloop van dit onderzoek nog van belang zijn voor ander wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de verdere ontwikkeling van het onderwerp en/of van het (verpleegkundig) werkproces. Daarvoor zullen uw gegevens 10 jaar worden bewaard. U kunt op het toestemmingsformulier aangeven of u hier wel of niet mee instemt. Als u hier niet mee instemt, kunt u gewoon deelnemen aan het huidige onderzoek.

Intrekken toestemming

U kunt u toestemming voor gebruik voor uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. Dit geldt voor dit onderzoek en ook voor het bewaren en het gebruik van toekomstige onderzoeken. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

6. Heeft u vragen of een klacht?

Bij vragen en/of opmerkingen kunt u contact opnemen met de onderzoeker. Indien u algemene klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreekbaar maken met de onderzoeker of de docentbegeleider. Met vragen en klachten over de wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de vertrouwenspersoon wetenschappelijke integriteit: Prof. dr. Huub Spoormans. De vertrouwenspersoon probeert, als hij daartoe mogelijkheden ziet, te bemiddelen of de klacht anderszins is op te lossen. Alle gegevens vindt u in bijlage A: Contactgegevens.

7. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, wil ik u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.

Dank voor u aandacht.

Roxanne Voncken

Bijlagen bij deze informatie

A. Contactgegevens

B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: Contactgegevens voor MeanderGroep

Uitvoerende onderzoekster

Naam: Roxanne Voncken

Functie: Verpleegkundige & hbo-verpleegkundige i.o.

Contactgegevens: roxannevoncken@mgzl.nl of 0614606961

Docentbegeleider

Naam: Michael Breemen

Functie: Docent hbo-verpleegkunde

Contactgegevens: Michael.breemen@zuyd.nl

Klachten

Indien u algemene klachten heeft onder het onderzoek, kunt u dit bespreken met de docentbegeleider. Met vragen en klachten over wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de Vertrouwenspersoon Wetenschappelijke Integriteit: prof. dr. Huub Spoormans. E-mail: Huub.Spoormans@ou.nl

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen of klachten over het gebruik of de verwerking van uw gegevens, of over uw rechten, kunt u contact opnemen met:

Functionaris Gegevensbescherming van Zuyd Hogeschool

E-mail: Functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl

Link naar website: <http://zuydnet.nl/werken/rechten-en-plichten/privacy/privacy>

Bijlage B: Toestemmingsformulier deelnemer

EHealth in een nieuw jasje: ‘Virtuele Thuiszorg’

Een mixed-method onderzoek over de inzet en borging van virtuele thuiszorg

- Ik heb de informatiebrief gelezen en kon vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe aan het onderzoek;
- Ik weet dat meedoen aan het onderzoek vrijwillig is en dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven;
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag van dit onderzoek;
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Deze mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor inzage door deze personen;
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Ik geef

- **wel**
- **geen** toestemming om mijn persoonsgegevens langer te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek op het gebied van de verdere ontwikkeling van een product en/of van het primaire zorgproces.

Ik geef

- **wel**
- **geen** toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor een vervolgonderzoek.

Naam deelnemer: Datum: ____/____/____

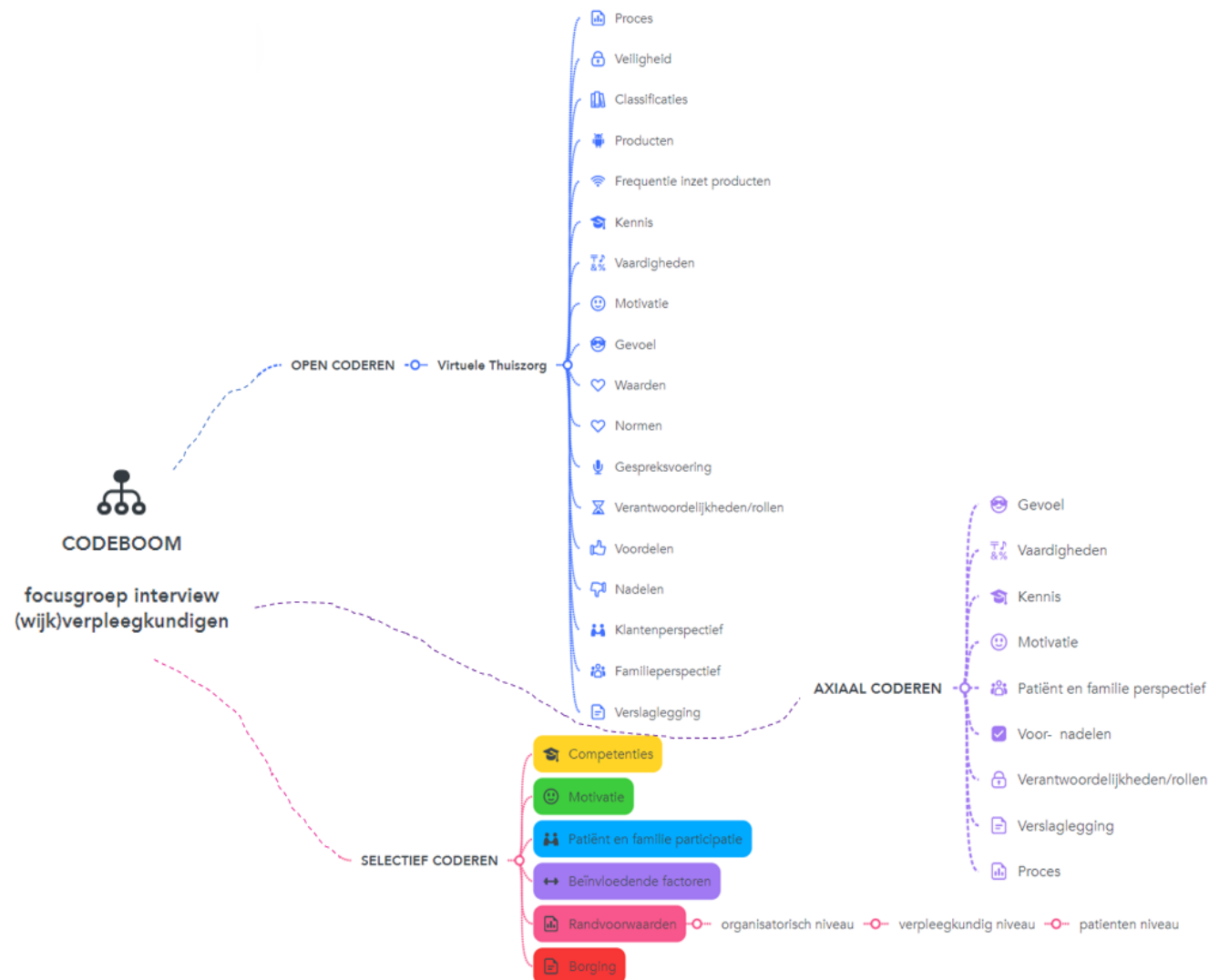
Handtekening:

Ik verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. 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 deelnemer: Datum: ____/____/____

Handtekening:

BIJLAGE 3: CODEBOOM TRANSCRIPT



BIJLAGE 4: DINAMO QUICK SCAN

De mogelijke belemmeringen bij het veranderproces en de veranderbereidheid van het verpleegkundig team zijn inzichtelijk gemaakt door het invullen van de DINAMO- Quick Scan door respondent 3. De resultaten worden weergegeven in tabel 1.

Tabel 1:

WILLEN veranderen		
Gevolgen voor het werk	• Wordt het werk door de verandering interessanter? • Zal de werktevredenheid toe of afnemen? • Nemen de loopbaankansen van medewerkers toe of af?	V Toenemen Toenemen
Emoties	• Welke emoties zal de verandering oproepen? • Uitdagend of bedreigend? • Positief of negatief? • Bevrijdend of benauwend?	Positief Uitdagend Positief Benauwend
Meerwaarde	• Zien betrokkenen de meerwaarde van de verandering? • Meerwaarde voor interne efficiency? • Meerwaarde voor de klant? • Meerwaarde voor de maatschappij?	V V V V
Betrokkenheid	• Voelen medewerkers zich betrokken bij het veranderproces? • Wordt er veel over de verandering gepraat? • Kunnen medewerkers meedenken/doen?	+/- +/- +/-
KUNNEN veranderen		
Kennis en ervaring	• Is het competentieniveau van medewerkers toereikend? • Is de juiste kennis en ervaring in huis? • Is er voldoende aandacht voor training en opleiding?	+/- +/- +/-
Aansturing	• Wordt het veranderproces planmatig aangestuurd? • Zijn de veranderdoelen helder voor iedereen? • Is er een heldere fasering en deadline? • Is er een duidelijke eigenaar van het veranderproces?	V V V V

Informatie-voorziening	• Is er een communicatieplan nodig? • Weet iedereen wat hij/zei moet weten? • Heerst er veel of weinig onzekerheid?	+/- +/- +/-
Verandervermogen	• Past de verandering bij de cultuur van de organisatie? • Helpt de huidige stijl van leidinggeven om succesvol te veranderen? • Zijn huidige systemen/software flexibel genoeg?	V V X
Beheersbaarheid	• Zijn er externe factoren (markt/politiek) die veel invloed op het veranderproces hebben? • Hoe moeilijk/makkelijk zijn deze te managen? • Zijn er andere veranderingen die deze verandering kunnen dwarsbomen of anderszins in de weg kunnen zitten?	X n.v.t. n.v.t.
Timing	• Is de verandering goed getimed gezien de agenda's/prioriteiten van medewerkers? • Is verandering goed getimed gezien de agenda's/prioriteiten van de managers?	X niet bekend
Complexiteit	• Hoe complex is de verandering? • Hoe groot zal de impact op de organisatie zijn?	Haalbaar V
Vertrouwen	• Hoe groot is het vertrouwen in de (nieuwe) koers van de organisatie? • Hoe groot is het vertrouwen in het succes van de organisatieverandering?	V V
Veranderbereidheid	Alle bovenstaande aspecten overziend, hoe groot zal het totale draagvlak voor de verandering zijn?	Goed
MOETEN veranderen		
Interne druk	• Presenteren voorstanders van de verandering zich duidelijk? • Neemt het management een duidelijke (positieve) houding aan? • Maken medewerkers elkaar onderling enthousiast?	+/- +/- +/-
Externe noodzaak	• Is het veranderproces noodzakelijk gezien ontwikkelingen in de markt/omgeving? • Is de noodzaak om te veranderen helder voor de medewerkers?	V V

Vanuit de gegevens van de DINAMO- Quick scan resulteren zich aandachtsgebieden in de betrokkenheid, kennis en ervaring, informatievoorzieningen, verandervermogens, timing en interne druk. In tabel 2 wordt weergegeven hoe het interventieniveau en methode is gezocht.

Tabel 2:

	Persoon	Groep	Organisatie
<u>Betrokkenheid</u> <u>medewerker</u>			
<i>Veranderstrategie:</i> • Participatie • Empowerment	• Feed forward gesprek; • Personal commitment statement	• Zelfsturend team (bevindt zich nu in fase 2/ 3); • Participatie in werkgroepen; • Focusgroep	• Participatieladder
<u>Interne druk</u>			
<i>Veranderstrategie:</i> • Mobiliseren.	• Leiderschapsstijl aanpassen; • Mensen in positie brengen.	• Participatie in werkgroepen; • Netwerken; • Groepsregels; • Samenwerken.	• Kick- off meeting; • Korte termijn successen realiseren en vieren
<u>Kennis en ervaring</u>			
<i>Veranderstrategie:</i> • Educatief (opleiden)	• Training en opleiding; • Diepgaand leren; • Feedback; • Supervisie; • Werving en selectie	• Confrontatie verandering; • Intervisie; • Kennis clinics.	• Diversiteit creëren; • Leer bevorderende maatregel
<u>Informatievoorzieningen</u>			
<i>Veranderstrategie:</i> • Informeren	• Gespreksvoering • Mislukkingen uitleggen	• Informeel overleg; • Formeel overleg; • Informatie-bijeenkomst	• Communicatiemodel, plan en diagnose; • Internet en intranet; • Nieuwsbrieven
<u>Verandervermogen</u>			
<i>Veranderstrategie:</i> • Ontwikkelen	• Vergroten regelcapaciteit;	• Zelfsturende teams (bevinden zich nu in 2/ 3).	• Stijl leidinggeven; • Verandercondities creëren.

	• Zelfgenoegzaamheid opsporen		
Timing			
<i>Veranderstrategie:</i> • Ondersteunen	• Persoonlijke doelen (bij)stellen	• Extra menskracht; • Teamdoelen bijstellen.	• Fasering aanpassen; • Organisatiedoelen (bij)stellen.

Toelichtingen per bouwsteen:

- Betrokkenheid van de medewerker → Participeren → *Empowerment*.

Methodieken die kunnen worden ingezet bij wijkgerichte gezondheidsbevordering waar de aandacht zich vestigt op meer controle over het eigen leven en de eigen woonomgeving (Wallerstein, e.a., 2015). Trainen van individuen, creëren en versterken van sociale netwerken (Valente, 2015) en samenwerkingsverbanden tussen de betrokkenen partijen (Butterfoss e.a., 2008).

- Kennis en ervaring → Opleiding – Educatieve strategie → *Beredeneerd gedrag model*.

Verschillende oorzaken kunnen ten grondslag liggen aan het gebrek van ervaringen met veranderingen. Een gebrek aan kennis en ervaring duidt op een leerbehoefte. De behoevende onderdelen zijn gericht op omgaan met weerstand, invoering, communicatie en projectmanagement. In het beredeneerd gedrag model wordt gesteld dat gedrag te voorspellen is aan mensen te vragen of zij van plan zijn om de gedragsintentie te tonen. Scholing gericht op de attitude (eigen opvattingen), opvattingen van anderen en de inschatting van eigen mogelijkheden (Fishbein & Ajzen, 2010). De opleidingsmogelijkheden worden zowel digitaal als fysiek als uitgangspunt gezien waarbij er wordt ingezoomd op een balans tussen de zorgprofessionals (vertrouwde omgeving). Het model-leren wordt als zeer effectief beschouwd omdat er iets wordt waargenomen wat een ander presenteert, om daaruit een lering te trekken over zowel het aanpakken als het uitvoeren (Bandura, 1986).

- Informatievoorziening → Informeren → *Informerende strategie*.

De positieve betrokkenheid bij een verandering is van belang om het succes te behalen. Communiceren en betrokkenheid creëren gaan hierin samen. De informatievoorziening dat in een breder kader past van tactische en strategische ontwikkelingen van de organisatie. De overlegniveau's dienen het te begrijpen waardoor het een meerwaarde van de organisatie kan zijn (top- down) maar ook voor de individuele medewerkers wordt vertaald. De informatie en inspraakvoorziening van onderaf (bottom-up) zorgt ervoor dat de strategische visie van het management ook op lagere niveaus inzichtelijk en werkbaar wordt (Berman & McLaughlin, 1978).

De informatievoorzieningen zoals bijeenkomsten, verstrekken van voorbeelden, nieuwsbrieven en kick-off sessies kunnen een positieve bijdragen leveren.

- Verandervermogens → Ontwikkelen → *Faciliterende strategie*.

Er wordt gewerkt aan een proactieve en dynamische verandercapaciteit (Cozijnsen, 2005). Het vermogen wordt bepaald door de veranderattitude van medewerkers, het klimaat, organisatiecultuur, stijl van leidinggeven en de kwaliteit van teams. Mislukte of vroegtijdige beëindigen zijn niet bevorderlijk voor een verandering. Het karakter van medewerkers moet ruimte laten voor flexibiliteit en het vermogen om met onzekerheden om te gaan. Een zelfgenoegzame houding zorgt ervoor dat de laat wordt gereageerd op signalen. Single loop en double looptrainingen lijken hiervoor het meest geschikt, waarbij bij de single looptraining gericht is op de verbeterprocessen van de medewerkers. Werkt effectief wanneer de regel capaciteit van de medewerkers wordt vergroot. De double looptraining is gericht op de verandermanager. Zelfsturende teams wordt het genoemd maar hier valt nog een inhaalslag in te behalen (medewerkers voelen zich niet zelfsturend vanwege de opgelegde regels etc.). Mogelijk een ander competentie profiel voor de teamrollen. Het model dat hier aansluitend bij zou passen is het Change Officer (verantwoordelijke voor de verandertrajecten).

- Timing → Ondersteunen → *Organisatorische strategie en realiseren succeservaringen*

De hoge werkdruk, de rek is uit de belastbaarheid en draagbaarheid.

Randvoorwaarden om het proces niet te overhaast te laten starten, hierdoor ontstaat het gevoel bij de individuen dat ze achter de feiten aanlopen. Communicatieplannen zouden hier als een meerwaarde worden gezien om de betrokkenheid te stimuleren (ZonMw, 2020).

- Interne druk → Mobiliseren → *Motiverende en draagvlak vergrotende strategie/ Empowerment*.

Rolverdelingen moeten inzichtelijk en duidelijk zijn. De taken van de verantwoordelijke zijn onder andere gericht op het initiëren, motiveren, coördineren, faciliteren, evalueren en onderhouden met als doel om omgevingsfactoren die door zorgvragers/medewerkers etc., worden ervaren, structureel te reduceren (Norton e.a., 2002). De aansluitende methodiek is hierbij empowerment, dat eerder is benoemd bij bouwsteen 1 (betrokkenheid van de medewerkers).

BIJLAGE 5: VERKLARING NEDERLANDSE GEDRAGSCODE WETENSCHAPPELIJKE INTEGRITEIT



Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

Sinds eind 2018 is de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van een rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 01 mei 2023 Plaats: Bocholtz
Naam (indien student ook studentnummer): Roxanne Voncken 2067129
Academie: Zuyd Hogeschool Heerlen
Handtekening: R. Voncken

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

BIJLAGE 6: VERKLARING GEHEIMHOUDING EN ZORGVULDIGE OMGANG MET PERSOONSgegevens



Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekkers en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 01 mei 2023

Plaats: Bocholtz

Naam (indien student ook studentnummer): Roxanne Voncken 2067129

Academie: Zuyd Hogeschool Heerlen

Handtekening: B. Voncken

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.