

[illegible]

Windesheim 

COLOFON

Titel : Verpleegkundige besluitvorming over eHealth in de wijk. Onderzoeksrapport Fase 1 (D1 en D4)
Versie : 1.0
Datum : 28 september 2017
Auteurs : Loes Bulle-Smid, Margreet van der Cingel, Sander Holterman, Wouter Keuning, Hilco Prins.

Dit is een uitgave van het lectoraat ICT Innovaties in de Zorg van Christelijke Hogeschool Windesheim
Campus 2-6 | Postbus 10090 | 8000 GB Zwolle | 088 469 99 11 |
www.windesheim.nl/onderzoek/onderzoeksthemas/ict

Het verschijnt in het kader van het SIA RAAK project eHealth in de Wijk

Eerste druk: september 2017
ISBN: 978-90-77901-89-2



Deze publicatie van Windesheim valt onder een Creative Commons Naamsvermelding 4.0 Internationaal-licentie. Dit betekent dat de kennis uit deze publicatie hergebruikt mag worden als basis voor de ontwikkeling van nieuwe kennis mits de naam van de auteurs en/of Windesheim hierbij vermeld wordt. Deze licentie geldt niet voor de gebruikte afbeeldingen, daar zit copyright op.

Inhoudsopgave

Colofon.....	2
Inleiding	4
Het project eHealth in de wijk	4
Dit onderzoeksrapport	5
Opbouw van dit onderzoeksrapport.....	5
1. Methode.....	6
1.1 Onderzoeks-benadering en aanpak.....	6
1.2 Dataverzameling	6
1.3 Analyse	8
1.4 Focusgroep	9
2. Resultaten	10
2.1 De cliënt staat centraal	10
2.2 Dilemma's in complexe zorgsituaties	11
2.3 Klinisch redeneren en besluitvorming	14
2.4 eHealth als abstract begrip	17
2.5 Opvattingen over eHealth	20
3. Discussie	22
4. Conclusie en aanbevelingen	23

Inleiding

Het project eHealth in de wijk

Wijkverpleegkundigen hebben sinds 2015 de verantwoordelijkheid om zorg in de thuissituatie te indiceren. Zij bepalen welke zorg cliënten nodig hebben en hoe die zorg het best geleverd kan worden. De inzet van eHealth interventies is daarbij om meerdere redenen wenselijk. Bij het behoud van zoveel mogelijk zelfredzaamheid en eigen regie van cliënten kan eHealth helpend zijn. Maar ook kwaliteit van zorg, efficiency en kostenreductie zijn argumenten om eHealth in te zetten in de wijkverpleging. Wijkverpleegkundigen zijn echter niet altijd volledig op de hoogte van het gehele brede aanbod aan bestaande en nieuwe eHealth-toepassingen. Daarnaast moeten zij nog ervaring opdoen met het inzetten en toepassen van eHealth bij het vaststellen van zorg in hun dagelijkse praktijk. Daarom staan in dit project de volgende vragen centraal:

1. Hoe kunnen wijkverpleegkundigen worden voorzien in hun informatiebehoefte over eHealth?
2. Hoe kunnen wijkverpleegkundigen worden ondersteund in hun klinisch redeneren over het inzetten van eHealth bij hun cliënten?
3. Hoe kunnen wijkverpleegkundigen worden ondersteund bij het inzetten van eHealth in hun zorgproces?

Het project eHealth in de wijk is een 2-jarig, door Regieorgaan SIA gesubsidieerd, project dat door een onderzoeksteam van het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg wordt uitgevoerd. Het project heeft meerdere doelen. Ten eerste wordt kennis over de inzet van eHealth bij indiceren opgeleverd. Vervolgens zal een keuzehulp en training ontwikkeld worden. Tot slot zal de ontwikkelde kennis in het verpleegkunde onderwijs en in nascholingstrajecten voor wijkverpleegkundigen worden ingezet.

Het onderzoeksteam werkt samen met zorgorganisaties de ZorgZaak, Zorggroep Noorderboog en IJsselheem als praktijkpartners voor de uitvoer van het onderzoek. Daarnaast zijn de Regiocampus, Zorgtrainingscentrum Regio Zwolle, Patiëntenfederatie Nederland, VitaalThuis, ActiZ, Vilans, V&VN en Universiteit Twente projectpartners en is het bedrijf Thuisleefgids.nl betrokken voor de technische ontwikkeling van de keuzehulp.



Afbeelding 1: Bijeenkomst met projectpartners

Dit onderzoeksrapport

In dit rapport worden de resultaten beschreven van de eerste fase van het onderzoek. Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen: de oriëntatie, het onderzoek in de dagelijkse praktijk van wijkverpleegkundigen en een afsluitend groepsinterview (focusgroep). Er is onderzocht hoe wijkverpleegkundigen de zorg van de cliënt indiceren, of en in welke mate zij eHealth indiceren en hoe zij eHealth gebruiken in de dagelijkse zorg. Het onderzoek beschrijft het klinisch redeneerproces dat tot de indicatiestelling leidt en de argumenten die wijkverpleegkundigen daarbij aangeven, of en hoe zij daarbij eHealth als interventies inzetten. Daarbij is ook gekeken welke ondersteuning wijkverpleegkundigen nodig hebben en is geïnventariseerd welke belemmeringen en problemen zij bij de inzet van eHealth ervaren en wat zij daarbij zelf als mogelijke oplossingen aangeven.

Opbouw van dit onderzoeksrapport

In hoofdstuk 1 is de methode beschreven waarmee de benodigde informatie en gegevens zijn verkregen. Hoofdstuk 2 beschrijft de resultaten die zijn weergegeven in thema's die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. De discussie is beschreven in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 geeft de conclusie en de aanbevelingen.

1. Methode

1.1 Onderzoeks-benadering en aanpak

Er is gekozen voor kwalitatief empirisch onderzoek om de dagelijkse praktijk waarin wijkverpleegkundigen zorg indiceren dicht te kunnen benaderen. Hiermee kunnen de behoeften, meningen, achterliggende motivaties en wensen diepgaand worden geïnventariseerd. In totaal werden 36 wijkverpleegkundigen bij het onderzoek betrokken (zie tabel 1). In de drie onderdelen van dit onderzoek is gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden zoals observaties in de praktijk en interviews met cliënten en wijkverpleegkundigen in de oriëntatiefase, Think Aloud (TA) interviewsessies met wijkverpleegkundigen in het onderzoek in de dagelijkse praktijk en een (focus)groepsinterview in de afsluitende fase. Daarmee hebben in de loop van een jaar 38 participanten deelgenomen aan dit onderzoek en is vanuit meerdere perspectieven een duidelijk beeld ontstaan.

Onderzoeksfasen	Onderzoeksmethode	Participanten	Mannen	Vrouwen
Oriëntatiefase	Interviews en observaties (waarvan 2 cliënten)	7	1	6
Onderzoek in de dagelijkse praktijk	TA studie praktijkpartners	12		12
	TA studie via V&VN	7	4	3
Afsluitende fase	Focusgroep interview	12	1	11
Totaal		38	6	32

Tabel 1. Participanten in de verschillende fasen van het onderzoek

1.2 Dataverzameling

1.2.1 Werving

Alle deelnemende wijkverpleegkundigen zijn enerzijds geworven via de praktijkpartners, waar contactpersonen binnen de organisaties rechtstreek contact hebben opgenomen met wijkverpleegkundigen; anderzijds via de projectpartner V&VN via een online oproep op de website van V&VN. Het focusgroep interview in de afsluitende fase bestond uit wijkverpleegkundigen die zich daarvoor ingeschreven hadden op het wijkverpleegkundig congres, *'Back to the future, yes we can!'*.

1.2.2 Oriëntatie

De observaties, interviews met wijkverpleegkundigen en cliënten in deze fase zijn om verschillende redenen uitgevoerd. Er is getoetst of de aannames over de mogelijke onbekendheid en tekort aan ervaring met de inzet van eHealth van wijkverpleegkundigen juist waren. Het onderzoeksteam had daarnaast behoefte aan een nadere kennismaking met de snel veranderende praktijk zodat goed kan worden aangesloten bij de bestaande

werkprocessen. De oriëntatie is uitgevoerd door een van de onderzoekers van het onderzoeksteam.

1.2.2 Onderzoek in de dagelijkse praktijk

Aan deze Think Aloud interview sessies hebben in de testfase 2 deeltijd verpleegkunde studenten die werkzaam zijn in de wijk deelgenomen. Vervolgens zijn 10 wijkverpleegkundigen van de betrokken partners en 7 wijkverpleegkundigen via de V&VN oproep in TA sessies geïnterviewd.

Toelichting Think Aloud methode.

Tijdens een TA sessie wordt de wijkverpleegkundige gevraagd letterlijk 'hardop te denken' terwijl zij een cliënt casus uitwerkt in het zorgplan zoals zij dat gewend is te doen (concurrent Think Aloud). Hiermee worden de gedachtegang en inhoudelijke argumenten voor het vaststellen van het zorgplan en de indicatie helder. Bij de TA sessies zijn de onderzoekers afwisselend facilitator en observator bij het 'hardop denken'. De facilitator stimuleert de deelnemende wijkverpleegkundige hardop te blijven denken, terwijl de observator vragen en opmerkingen noteert. Nadat het zorgplan is uitgewerkt vindt een diepte-interview plaats. Daarbij vraagt de observator door op onduidelijkheden, opmerkelijke momenten, keuzes en argumentaties die tijdens het hardop denken zijn genoteerd (retrospective Think Aloud). Direct na de interviews schrijven de onderzoekers een individuele reflectie. Hierin worden de karakteristieken, de context en de hypothesen van het interview weergegeven.

Voor de TA sessies is voornamelijk actuele casuïstiek gebruikt die is ingebracht door de wijkverpleegkundige zelf. Daarnaast waren er twee fictieve casussen, waarin het mogelijk was eHealth-toepassingen te indiceren, beschikbaar. Deze zijn gebruikt in de test met de twee deeltijdstudenten, en zijn een enkele keer ingezet wanneer een wijkverpleegkundige een voorbeeld nodig had. Deze beide casussen zijn door de onderzoekers ontwikkeld en op face validiteit door 2 expert wijkverpleegkundigen beoordeeld. Alle, in totaal 19 TA sessies, vonden plaats op een door de wijkverpleegkundige aangegeven plek, vaak in het eigen kantoor. De wijkverpleegkundigen hebben tijdens de TA sessie op hun eigen computer, laptop of tablet het zorgplan van de betreffende cliënt uitgewerkt. De TA sessies bij de 12 wijkverpleegkundigen van de praktijkpartners zijn uitgevoerd door 2 onderzoekers van het lectoraat. De 7 wijkverpleegkundigen die via V&VN werden geworven zijn door 2 derdejaars studentonderzoekers (HBOV Windesheim) uitgevoerd die voorafgaand een interviewtraining hebben gevolgd. Bij deze TA interviews zijn wijkverpleegkundigen nog specifiek bevraagd naar hun ervaringen met de in de digitale dossiers gebruikte classificaties binnen het zorgplan.



Afbeelding 2: Test TA sessie

Van alle interviews en TA sessies zijn audio-opnames gemaakt en van de TA sessies ook video-opnames. Deze opnames zijn gebruikt om de analyse uit te voeren. Bij onduidelijkheden in de audio-opname was er de mogelijkheid om de video-opname terug te kijken. Alle audio-opnames zijn volledig uitgeschreven tot een transcript met letterlijke weergave van het interview. De gegevens zijn geanonimiseerd en niet herleidbaar naar de deelnemers.

1.3 Analyse

De analyse van de data uit de oriëntatie en de TA interviews is uitgevoerd in stappen die passend zijn bij een thematische analyse en een inductieve benadering. De analyse bestaat uit vier stappen waarbij steeds is samengewerkt met het gehele onderzoeksteam om zo een hoge mate van betrouwbaarheid te behalen.

1. *Inductieve analyse van de data uit de oriëntatie.* Een eerste interview uit de oriëntatie is door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd om tot een betrouwbare eerste open codering te komen. Deze onafhankelijke codering is door deze onderzoekers besproken waarbij overlappende codes zijn samengevoegd en codes vanuit consensus zijn benoemd. Vervolgens zijn met deze codering alle 7 interviews van de oriëntatie door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Daarbij werden aanvullend nieuwe codes toegevoegd. De volledige lijst van open codes is daarna door beide onderzoekers in 61 codes met een beschrijving per code benoemd. Deze codelijst is gebruikt om de vervolganalyse van de data uit de TA sessies uit te voeren.
2. *Vervolg inductieve analyse van de TA sessies.* Middels selectief coderen werden 12 TA sessies door twee onderzoekers en 7 TA sessies door beide student-onderzoekers geanalyseerd. Tijdens de analyse zijn nog enkele nieuwe codes toegevoegd en andere samengevoegd. In een tussentijdse steekproef zijn zowel fragmenten uit interviews als de uiteindelijke codelijst met beschrijvingen aan het voltallige onderzoeksteam voorgelegd tot consensus was bereikt. Voor de codering van de 7 interviews waarbij

specifiek en aanvullend naar classificaties is gekeken is een op dat thema aangevulde codelijst gebruikt.

3. *Affinity diagramming*. Om de codes te clusteren en onderliggende verbanden zichtbaar te maken zijn categorieën gevormd. Dit is gedaan door het voltallige onderzoeksteam in een bijeenkomst waarbij alle codes uit de definitieve codelijst gegroepeerd zijn in een, elkaar uitsluitende, overkoepelende en betekenisvolle clustering. Codes zijn toebedeeld en samengevoegd totdat consensus werd bereikt. Hierna zijn de verbanden tussen de 11 ontstane categorieën besproken en ontstond een beschrijving per categorie.
4. *Concept mapping van de resultaten*. In de laatste stap van de analyse zijn thema's vanuit de categorieën gevormd. Dit is gedaan door statements (parafraseringen vanuit de data binnen de codebeschrijvingen) uit de categorieën aan het onderzoeksteam voor te leggen. Het onderzoeksteam werd opgedeeld in twee groepen. De statements zijn binnen beide groepen onderzoekers in samenhangend thematisch overzicht geplaatst waarin de onderlinge verbanden beschreven en zichtbaar werden. Vervolgens zijn de overzichten van beide groepen onderzoekers met elkaar vergeleken waarbij de onderlinge verbanden, overeenkomsten en verschillen zijn bediscussieerd totdat vijf thema's ontstonden.



Afbeelding 3 en 4: Uitvoering affinity diagramming met het onderzoeksteam

1.4 Focusgroep

Als laatste onderdeel van het onderzoek is een focusgroep uitgevoerd tijdens het landelijke wijkverpleegkundig congres 2017 *'Back to the future, yes we can!'* van projectpartner V&VN. Hieraan hebben 12 wijkverpleegkundigen deelgenomen. Hiermee zijn de voorlopige resultaten van het onderzoek ter validering in een membercheck voorgelegd. In een groepsdialoog van 45 minuten is nagegaan of de gepresenteerde 5 thema's werden herkend, en welke aanvullingen, toelichtende argumentatie en kritische vragen zij hadden. Het groepsinterview is opgenomen op videocamera en geanalyseerd door de resultaten van de TA interviews naast de resultaten van de focusgroep te leggen.

2. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de 5 thema's beschreven die in de analyse zijn ontstaan. Hiermee wordt weergegeven hoe wijkverpleegkundigen de zorg van de cliënt indiceren, of en hoe zij daarbij eHealth indiceren en gebruiken in de dagelijkse zorg. Daarbij komt naar voren hoe wijkverpleegkundigen de relatie met de cliënt beleven, welke zorgsituaties zij tegenkomen in de praktijk, hoe zij redeneren en besluiten nemen over de zorg die nodig is, wat hun ervaringen zijn met eHealth en wat daarover hun opvattingen zijn.

2.1 De cliënt staat centraal

Wijkverpleegkundigen spreken vanuit een holistische kijk op de cliënt, het cliëntsysteem en de specifieke zorgsituatie bij hun cliënt thuis. De cliënt in diens eigen situatie, wat deze belangrijk vindt en wat daarin speelt aan problematiek, zorgvragen en behoeften is leidend in wat wijkverpleegkundigen doen en inzetten aan zorg. Het uitgangspunt in de benodigde zorg is, in de ogen van de wijkverpleegkundige, altijd de cliënt met diens wensen en behoeften. Daarbij speelt het sociale systeem rondom de cliënt, zoals partners, kinderen en naasten, ook een belangrijke rol.

'Ik kan wel veel willen maar degene om wie het gaat moet het ook willen die moet het ook waarmaken. Dat vind ik het mooiste van het beroep, om er toch een beetje tussendoor te balanceren en voor mekaar te krijgen, dat iemand toch zijn eigen 'hartorretje' (bedoening) kan blijven draaien met behulp van ons en de buurvrouw.'

2.1.1 Vertrouwen opbouwen in de zorgrelatie

Vertrouwen opbouwen is vanaf de start van de zorgrelatie een belangrijk doel voor wijkverpleegkundigen. Zij proberen de cliënt te leren kennen, en daarmee de wens van de cliënt te achterhalen. Ze gaan in gesprek, observeren en gaan op zoek naar wat er precies aan de hand is en wat prioriteit moet hebben. Vaak proberen ze eerst eenvoudige interventies in te zetten, zoals ondersteuning bij de persoonlijke zorg, als ingang om de relatie op te bouwen. Soms hebben wijkverpleegkundigen al andere interventies in gedachten. Wanneer nog niet duidelijk is of deze passend zijn of wanneer meer tijd nodig is om deze aan een cliënt voor te stellen, worden deze vooralsnog niet in het zorgplan beschreven. Wat bij de intake en in de eerste fase van de zorgrelatie aan zorg aangeboden wordt, betreft daarom niet altijd alle zorg die wijkverpleegkundigen nodig vinden. Als ingeschat wordt dat een cliënt bepaalde zorg nog niet wil accepteren of niet nodig vindt, kiezen wijkverpleegkundigen ervoor eerst het vertrouwen van de cliënt in henzelf en hun teams te vergroten.

‘Ja, hoe moet ik dat nou zeggen. Zij is iemand die weinig van zichzelf laat zien. Dus je moet lang en regelmatig bij haar terugkomen wil ze iets van zichzelf laten zien. En ik werk nu (...) tweeënhalfjaar dat ik bij haar kom, en ze wil nu eindelijk dat ik kom. In het begin maakte het haar niet uit, in elk geval dat gevoel kreeg ik van er komt iemand en die helpt en het is prima. En nu zie ik haar en het is oké.’

2.1.2 De zorg afstemmen op de cliënt en diens situatie

Wijkverpleegkundigen zijn zich voortdurend bewust van het feit dat zij te gast zijn bij de cliënt thuis. Wijkverpleegkundigen ervaren in hun werk en vooral in de relaties met hun cliënten voldoening en werkplezier. Zij zijn begaan met hun cliënten en willen passende, op de persoon afgestemde zorg bieden en het juiste doen voor de cliënt.

‘Nee, helemaal geen sociaal contact, de kerk kwam een keer per jaar op z’n verjaardag een bloemetje brengen en dat was het. En dan dacht je van zal ik daar dan met hem over praten, zal ik er niet over praten...’

‘...als u het goed vindt, dan voor u is het beter dat u uw energie spaart voor de rest van uw dag en (...) zullen we eens proberen om u dagelijks te helpen met wassen en aankleden om te kijken of u dat ook weer ruimte geeft voor de rest van de dag. Nou, dat hebben we gedaan en daar is ze ook heel blij om.’

2.2 Dilemma’s in complexe zorgsituaties

In de casuïstiek die wijkverpleegkundigen zien in de dagelijkse praktijk komen vaak meerdere, met elkaar samenhangende gezondheidsproblemen en zorgvragen voor. De wijkverpleegkundige stelt de cliënt als eerste centraal en wil hen in de zorg regie geven, maar ze voelt zich tegelijkertijd verantwoordelijk voor haar cliënt en diens veiligheid. Deze complexe zorgsituaties in combinatie met de opdracht van de wijkverpleegkundige om de eigen regie te bevorderen leiden tot dilemma’s bij het vaststellen van de zorg.

2.2.1 Zorgzwaarte en vaak voorkomende problematiek en zorgvragen

De zorgsituatie van cliënten is vaak complex vanwege multi-morbiditeit en psychosociale problematiek. Zo kan sprake zijn van (dreigende) verwaarlozing, eenzaamheid, sociale problematiek binnen het eigen informele netwerk, beginnende dementie of psychiatrische ziektebeelden en somatische zorgvragen zoals aanwezigheid van wonden/open been, of chronische ziektebeelden.

‘Deze meneer woont alleen, zijn vrouw is overleden. Nou hij heeft in het verleden veel alcohol gebruikt ... hierdoor zorgt hij niet zo heel goed voor zichzelf. Meneer heeft ook een longprobleem. Wij moeten hem ook pufjes leren geven ... medicatie moeten we hem aanreiken, verder is het de bedoeling dat we bij deze meneer proberen de ADL te regelen. Uhm, meneer wil dat eigenlijk helemaal niet. Mijn collega's zeggen ook dat hij wel zegt dat hij gedoucht heeft maar hij ruikt toch wel een beetje.’

Vaak is sprake van verpleegkundige diagnoses zoals zelfverwaarlozing, vallen, voedingstekort, medicatieonveiligheid of het risico daarop. Wijkverpleegkundigen benoemen en herkennen deze zorgvragen en kiezen daarbij veel voorkomende interventies.

2.2.2 Eigen regie

De eigen regie of het zelfmanagement of zelfredzaamheid bevorderen vinden wijkverpleegkundigen van groot belang en wordt regelmatig door hen benoemd. Wijkverpleegkundigen geven echter een verschillende uitleg aan deze begrippen. Sommige wijkverpleegkundigen bedoelen vooral dat cliënten zelf moeten kunnen beslissen en de autonomie over hun eigen leven dienen te hebben.

‘gewoon van ‘nah ik geef deze mensen gewoon goed uitleg, wel van: goh dit en dit kunnen wij en dit..’ Wat zij, ja, ik heb wel gedacht van ‘goh zolang zij weten wat de opties zijn kunnen zij de keuzes maken’.

‘...ik denk van het risico op fouten is veel te groot. Uiteindelijk heb ik met mevrouw afgesproken dat zij wel de medicatie gebruikt (...) maar wel in een weekdoosje. Nou ja iedereen gelukkig. Ja, weet je dan houdt ze toch nog een gedeelte regie.’

Anderen geven aan dat zij cliënten willen stimuleren zo lang mogelijk hun zelfstandigheid te behouden en, met hulp van mantelzorg, zoveel mogelijk zelfredzaam te zijn. Wel geeft men aan daarvoor ook tijd nodig te hebben.

‘... daarbij ook kijkende naar de zelfstandigheid, wat kan iemand nog zelf, wat stimuleer je. Dat neem je ook altijd mee in je interventie, he want ook dat willen zorgverzekeraars zien dat je dus ook iemand stimuleert om die zelfzorg weer te gaan doen (...) dat het weer ontzorgt kan worden tot op een zeker hoogte’

‘maar wij proberen dus ook door middel van een iets ruimere indicatie (...) dat er ook iets meer tijd is voor de cliënt waardoor je dus ook die zelfzorg kan activeren en motiveren en stimuleren; dat je dus kan zeggen van probeer het zelf maar (...) om die zelfstandigheid zoveel

mogelijk te motiveren. En ik ben daar zeker een voorstander van omdat ik vind dat wij echt teveel overnemen...'

Wijkverpleegkundigen zetten in beide gevallen verschillende strategieën in. Wanneer dat lukt ervaart de wijkverpleegkundige voldoening. Dit kan zijn door een Baxter te regelen waardoor de cliënt weer overzicht krijgt over zijn medicatie en verder geen zorg nodig heeft, maar ook door intensief zorg in te zetten en deze langzamerhand af te bouwen binnen de mogelijkheden die er zijn. Ook bijvoorbeeld twee keer in de week ondersteuning om zo een 'voet achter de deur' te hebben en in de gaten te houden of het nog veilig is om met weinig ondersteuning thuis te wonen, is zo'n strategie.

'Ging hartstikke goed, ze fleurde helemaal op. Ze had een bekend iemand dat was heel leuk want we konden vanuit de zorg, vanuit het team regelen dat zij dus één uur in de week persoonlijke begeleiding krijgt. Ze gaat eruit, er wordt gekookt, ze kan verhaal kwijt. Ik heb de indicatie zelfs iets verhoogd zodat we net iets meer tijd hebben. Nou mevrouw fleurt helemaal op. Dus in dat denk ik 'yay'.

2.2.3 Omgaan met dilemma's

Regelmatig komen wijkverpleegkundigen in een spagaat. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van risicovolle situaties die de veiligheid van de cliënt in gevaar brengen of wanneer een cliënt zelf de wens aangeeft dat de zorg juist wel moet worden overgenomen.

Wijkverpleegkundigen vragen zich in die situaties af hoe lang een potentieel onveilige situatie kan blijven bestaan zonder dat een deel van de zorg en daarmee de regie wordt overgenomen. Met name bij zorg die medicatiebeheer betreft vinden wijkverpleegkundigen het moeilijk waar verantwoordelijkheid begint en ophoudt.

'Uhm want dat is één van de dingen, dat zij hebben een, zij heeft een heleboel medicijnen, hij heeft een heleboel medicijnen. Die komen één keer in de drie maanden, vervolgens heeft hij allemaal potjes, een soort oude kruidenpotjes waar die al die medicijnen in over doet. Dus d'r is een kast met potjes wat voor hem, wat voor haar, schept totaal geen, hij heeft het overzicht in zijn beleving maar dat overzicht is er eigenlijk niet'.

Wijkverpleegkundigen vinden echter dat de eigen keuzes van de cliënt gerespecteerd dienen te worden. De eigen mening over bijvoorbeeld hygiëne of valgevaar wordt daarbij wel steeds aan de cliënt aangegeven. Vaak geeft men echter aan dat zij bewust beslissen om niet te sterk in het leven van hun cliënten in te grijpen.

'Is die rommelige leefruimte daadwerkelijk een probleem? Want het kan ook zijn dat iemand al jaren heel gelukkig is in die rommel. Ja, wie zijn wij dan om te zeggen dat het probleem is...''

Situaties waarin de cliënt juist wel wenst dat de zorg wordt overgenomen bieden ook complexe en lastige afwegingen.

'Nou heb ik een jaar een strijd met haar gehad dat om, om het hoe moet ik dat zeggen, d'r werd eten voor haar gekookt. Nou gezien die hele wetgeving kan dat natuurlijk helemaal niet meer, ... maar daar wilde ze niet aan. Ze ging ons ook afrekenen op het feit dat wij geen goeie maaltijden klaarmaakten'.

Bij het omgaan met dergelijke dilemma's komt opnieuw naar voren hoe belangrijk wijkverpleegkundigen de aanwezigheid van vertrouwen vinden. Binnen de context van de zorgrelatie zoeken ze naar mogelijkheden om de cliënt te verleiden tot ander gedrag. Daarvoor is tijd, een regelmatige aanwezigheid en 'face to face' contact essentieel.

'Ik zou juist bij iemand die zorgmijdend is niet zo snel kiezen om dat soort interventies in te zetten maar juist in te zetten op het persoonlijke. Door nouja gewoon langzaam aan je vertrouwensband opbouwen niet eens zozeer bij iemand binnen komen om interventies in te gaan zetten maar eerst gewoon eens het gesprek aan te gaan. En bekenden worden van elkaar zorgen dat je dat langzaam aan opbouwt. Ik denk, dat is mijn gedachtegang erover, want als je dan gelijk met allerlei eHealth dingen aan komt zetten mensen vinden dat vaak, zeker gezien de leeftijd, al vrij moeilijk. In complexe situaties denk ik dat het bij mijn cliëntengroep in ieder geval meer een afschrikkende factor is dan dat het een..'

2.3 Klinisch redeneren en besluitvorming

Het indiceren van de zorg die noodzakelijk is voor de cliënt wordt in eerste instantie vooral op basis van intuïtie, de professionele expertise van wijkverpleegkundigen en de persoonlijke voorkeuren van de cliënt gedaan. Wijkverpleegkundigen werken het intakegesprek met de cliënt vaak daarna pas uit op de computer op kantoor. Tijdens het uitwerken van het zorgplan wordt verder nagedacht over alle zorgvragen en de prioritering. Op dat moment maken wijkverpleegkundigen actief afwegingen, beredeneren zij hun keuzes en worden argumenten gezocht. Ook wordt dan bijvoorbeeld informatie nagezocht in o.a. het handboek van Carpenito. Wijkverpleegkundigen geven aan het soms moeilijk te vinden specifieke classificatiesystemen te moeten gebruiken wanneer hun organisatie een ander classificatiesysteem gebruikt dan waar zij mee opgeleid zijn.

2.3.1 De zorg vaststellen en beschrijven.

Het proces van aanmelding van cliënten waarop een indicatie plaatsheeft kan via verschillende wegen verlopen. Cliënten zelf of hun naasten kunnen zich rechtstreeks aanmelden. Ook kan de aanmelding vanuit een opname in het ziekenhuis, een andere zorgorganisatie zoals de GGZ of via de huisarts of praktijkverpleegkundige van een huisartsenpraktijk verlopen. Na aanmelding doen wijkverpleegkundigen een intakegesprek in de thuissituatie met de cliënt en/of hun naasten. Tijdens dat gesprek wordt geobserveerd en worden zorgvragen vaak intuïtief en op basis van ervaring geïnterviewd.

‘uhm hoe stel ik dat vast? Ja dat schrijf ik gewoon op...’

‘(...) eigen voelspriet en wat er uit het gesprek komt en op basis daarvan stel ik de zorg vast, samen met de cliënt voornamelijk’

‘(...) ik voer het gesprek zoals het gaat zeg maar, dat doe ik heel erg op gevoel. Ik ben helemaal niet van de lijstjes ...daarna check ik of ik alles gehad heb. Dan loop ik alle gebieden langs, dan kijk ik: heb ik het wel of niet besproken.’

Hoe het proces van indiceren (en ook her-indiceren) daarna verloopt is vervolgens afhankelijk van afspraken en procedures van de zorgorganisatie waar wijkverpleegkundigen werken, afspraken onderling in het team en de werkwijze van de wijkverpleegkundige zelf.

2.3.2 Het zorgplan

Niet altijd worden in het zorgplan expliciet verpleegkundige diagnoses beschreven. De problematiek wordt wel omschreven. Soms gebeurt dat in open tekst in eigen woorden, soms in gestandaardiseerde omschrijvingen van zorgvragen of diagnoses, zoals die in het zorgplan van een digitaal dossier aangegeven zijn. Ook komt regelmatig voor dat (nog) geen zorgvragen worden beschreven maar vooral acties worden aangegeven.

Wijkverpleegkundigen geven aan dat zij deze werkwijze hanteren omdat zij een (zorg)situatie van een cliënt eerst willen aankijken en tijdens een eerste periode van zorgverlening meer informatie willen verzamelen. Dat doen zij ook via de collega's (vaak verzorgenden) die de zorg in uitvoer hebben. Ze stellen een zorgplan op met uit te voeren zorgacties zodat hun collega's in het team weten welke zorg ze gaan uitvoeren, maar houden daarbij vaak een tijdsruimte in de indicatie aan.

‘...de persoonlijke hygiëne ... ochtend door minimaal, nou ik schat in een VIG-er, vijf minuten persoonlijke verzorging (...). Ik vind het soms lastig om die tijden aan te geven. Ik vind het fijner om het geheel aan te geven (...) want je bent niet vijf minuten met de kousen bezig, en niet tien minuten met de pillen. Maar ik heb liever van: doe het hele plaatje in twintig minuten...’

Bij de indicatie wordt niet alleen op basis van hoe lang iets standaard zou duren geïndiceerd maar wordt ook vaak gekeken of dit passend gemaakt moet worden voor de specifieke cliënt, bijvoorbeeld iemand met COPD die meer tijd nodig heeft met douchen. Daarnaast wordt ook rekening gehouden met het feit dat de zorg niet altijd hetzelfde is. Het feit dat cliënten hun akkoord moeten geven via het ondertekenen van het zorgplan speelt daarin ook mee.

‘Als je het te specifiek maakt, ja dan kan je soms elke week een nieuw zorgplan moeten maken omdat er dan net iets veranderd is. Ja en dat werkt gewoon niet. Dus daarom probeer ik daar een beetje een tussenweg in te vinden, maar het is zeker niet, het is helemaal niet statisch.’

‘Ja, want het is heel gauw verwarrend. Als ik hier zet: vier keer en mevrouw gaat morgen naar de huisarts en die moet drie keer per dag (...) maar dat kan niet want in het zorgplan staat dat het vier keer per dag moet. Moeilijk hé? Ja, dan moet mevrouw weer opnieuw tekenen.’

Anderzijds wordt wel vaak gekozen voor ‘standaard’ in te zetten zorg en interventies zoals inzet van hulp bij persoonlijke verzorging in de vorm van 3 maal per week ADL-zorg of het op orde brengen of toezien op medicatiegebruik.

‘(...) en ik weet niet eens waar het lijstje vandaan komt en wie het opgesteld heeft, maar dit lijstje (...) ja, wat dan een beetje standaard persoonlijke verzorging en verpleging is. Dus daar kijk ik dan maar een beetje naar. Maar echt een duidelijke richtlijn vanuit de V&VN of wat dan ook, hoeveel ergens voor staat heb ik niet echt.’

2.3.3 Classificatiesystemen

De digitale dossiers waar wijkverpleegkundigen mee werken zijn soms uitgerust met specifieke classificatiesystemen. Deze betreffen in dit onderzoek: het Omahasysteem en gebruik van systemen waarin NANDA en/of NIC-NOC diagnoses zijn opgenomen of kunnen worden beschreven. Wijkverpleegkundigen vullen deze systemen met informatie en cliëntgegevens.

‘ja, hier werken ze met vier domeinen: het sociaal domein, welzijnsdomein, omgevingsdomein en fysiologisch domein en die doorlopen we helemaal. We hebben een aantal speerpunten daaruit opgeschreven of tenminste dat staat in onze anamnese lijst en aan de hand daarvan krijg je een heleboel gegevens’

Wat daar concreet ingevuld en beschreven wordt en op welk moment is sterk afhankelijk van de wijkverpleegkundige die het invult en de mate waarin het systeem de wijkverpleegkundige door het zorgplan leidt. De opmaak van de elektronische cliëntdossiers verschillen per

zorgorganisatie van elkaar; ook wanneer ze hetzelfde classificatiesysteem gebruiken. Zo hebben sommige systemen die met de Omaha-classificatie werken vooral aankruis en scoremogelijkheden.

'(...) OMAHA die wil eigenlijk dat jij die, zo ervaar ik het, die wil dat je die kopjes bij langs gaat een vinkje doet of bij overig schrijft wat je daarin mist en dan vervolgens moet je kijken hoe de situatie van de cliënt nu is (...) op vier gebieden (...) en waar je dan naartoe wilt. En dat is wat OMAHA vindt: zo hebben wij het meetbaar gemaakt.'

Over het algemeen zijn de participerende wijkverpleegkundigen die met het Omahasysteem werken, nog niet zo tevreden. Men voelt zich soms in een keurslijf gedwongen, of weet soms niet goed hoe om te gaan met het systeem, veelal ook omdat men geen passende inhoudelijke training voor gebruik van het systeem heeft gehad.

'Ik vind het systeem niet erg praktisch, maar dat zal je wel meer horen. Ik geloof dat het systeem pas in 2016 bij deze zorgorganisatie is geïntroduceerd, en we zijn met geloof ik met acht of negen wijkverpleegkundigen en we lopen al vanaf september te vragen of we training en bijscholing daarin kunnen krijgen.'

Een andere zorgorganisatie heeft in het systeem een aantal uitgewerkte NANDA-diagnosen opgenomen die de wijkverpleegkundige kan invoegen in het zorgplan. Wijkverpleegkundigen wijken nog wel eens af van het classificatiesysteem. Vooral wanneer zij vanuit hun opleiding gewend waren te werken met andere classificatiesystemen zoals de 11 gezondheidspatronen van Marjorie Gordon of het zakboek van Lynda Carpenito. Hierin worden de verpleegkundige diagnosen met behulp van een PES-structuur beschreven. De wijkverpleegkundigen zoeken binnen het digitaal dossier naar mogelijkheden deze alsnog op die manier te kunnen beschrijven en gebruiken hiervoor bijvoorbeeld de vrije tekst ruimtes.

'Nou ja, (...) dan moet je dus gaan kijken van (...) wat is de kennis van deze mevrouw over de rommelige leefruimte en wat voor een gedrag zie je daar dan in. En wat is de status van de signalen, er zijn minimale signalen of ernstige signalen of geen signalen, daar kun je dan tussen kiezen (...) en dat is dan wat ze vinden wat dan meetbaar is (...) Ja, ik kan daar niks mee. Dus, wat wij dan toch doen is een PES formuleren, want wat is dan precies het probleem?'

2.4 eHealth als abstract begrip

De wijkverpleegkundigen geven aan dat eHealth voor hen een middel is en geen doel op zich. Ze geloven daarbij wel dat eHealth een goede ondersteuning kan bieden bij het beantwoorden van de zorgvraag van de cliënt. Ze geven daarbij echter aan kennis te missen over het gebruik en de inzet van eHealthtoepassingen. Wanneer ze zelf eenmaal een (nieuwe) toepassing hebben ingezet blijkt wel dat ze daar een volgende keer eerder aan denken.

2.4.1 Wat is eHealth?

eHealth is een breed en diffuus begrip volgens wijkverpleegkundigen, men weet niet altijd wat precies onder eHealth verstaan wordt. Vaak denkt men aan specifieke toepassingen zoals apps of beeldbellen. Toepassingen die ze veel gebruiken zoals elektronische medicijndispensers en persoonsalarmering worden niet altijd herkend als eHealth.

‘En voor cliënten vind ik de Medido ook een hele mooie, ik weet niet of dat eHealth is?’

eHealth-toepassingen zoals GPS-trackers en beeldbellen worden benoemd net als domotica-toepassingen zoals sensoren in huis en daarnaast kennis ondersteunende apps, zoals ‘de wondapp’. De digitale cliëntendossiers worden vaak genoemd evenals ‘nieuwe’ communicatiemethoden via de telefoon en tablets met collega’s onderling of met cliënten. Wanneer thuiszorg in een verzorgingshuis setting wordt geleverd pakt het nut van bepaalde eHealth-toepassingen anders uit. Zo is een medicijndispenser die op de kamer van de cliënt staat totaal nutteloos wanneer cliënten overdag in een gezamenlijke ruimte verblijven. Ook hebben alarmsystemen in die setting soms een ongewenst ineffectief effect.

‘(...) vorige week heb ik net toevallig een bewonersoverleg hier gehad, en toen heb ik ook nog weer tegen de bewoners gezegd (...) gevraagd of ze wat minder wilden bellen. Vooral in de ochtenduren want dan gaan ze allemaal bellen (...) de zorg begint tegen half 8 en die man belt elke ochtend standaard om half 8: ‘ik wil geholpen worden’.’

Wijkverpleegkundigen proberen hun kennis omtrent eHealth op peil te houden via het internet en het lezen van vakbladen. Ze willen hier graag meer tijd aan besteden, maar zien hier weinig mogelijkheden voor. De zorgorganisaties ondersteunen de wijkverpleegkundigen met informatie over nieuwe eHealth-toepassingen en wijkverpleegkundigen houden elkaar onderling ook op de hoogte. Ze vinden de informatie momenteel wel erg versnipperd en soms lastig te vinden. Los van het feit of men van alle eHealth-toepassingen op de hoogte is, wordt aangegeven dat de toepassing van eHealth in cliëntsituaties echt een vervolgstap is.

‘ja nou, ik denk een beetje van wat iedereen doet, veel verder dan de Medido en de personenalarmering kom ik eigenlijk ook nog niet. Nou ja alle (...) ik weet wel van veel dat ze bestaan (...) maar ze in de praktijk te gebruiken dat is nog wel een dingetje.’

2.4.2 Voorwaarden voor eHealth

Wijkverpleegkundigen geven aan het belangrijk te vinden dat eHealth gebruikersvriendelijk is. Ze benoemen daarnaast regelmatig ook andere voorwaarden in het gebruik van de door

hen benoemde eHealth-toepassingen. Met name het bewaken van de privacy van de cliënt wordt genoemd, een goede ondersteuning door de zorgorganisatie en de opvatting dat eHealth de fysieke aanwezigheid en het persoonlijke contact tussen cliënt en wijkverpleegkundigen en verzorgenden niet kan of mag vervangen.

'(...) de menselijke factor mag niet weg uit de zorg. Dus ik zie eHealth als ondersteunend, maar het mag niet in plaats van de menselijke factor zijn. Zorg is altijd nog mensenwerk.'

Als wijkverpleegkundigen de (mogelijke) inzet van eHealth-toepassingen bij hun cliënten benoemen gaan zij vaak pas met de cliënt in gesprek wanneer zij zelf goed op de hoogte zijn.

'Je moet wel volledig op de hoogte zijn (...) want als ik al niet weet wat ik ga introduceren dan ga ik het vertrouwen van mijn cliënt ook niet winnen, en ook niet van mijn medewerkers. Dus het is zeker van groot belang dat ik op de hoogte ben (...) en dat ik dat ook kan uitleggen en dat ik ook kan zeggen we gaan dit doen om die en die reden en om ervoor te zorgen dat u, zo en zo.'

Al zien wijkverpleegkundigen voorlichting geven over een eHealthproduct als hun taak, sommigen geven aan dit toch een beetje als aanprijzen of verkopen te ervaren.

'Nee, dat is een beetje kort door de bocht denk ik, reclame maken. Maar je prijst wel een artikel aan dat bij de organisatie afgenomen kan worden.'

2.4.3 Scholing over eHealth

Gevraagd naar welke ondersteuning wijkverpleegkundigen graag willen bij de inzet van eHealth geven ze o.a. e-learning aan, naast eHealth producten zelf kunnen zien en uitproberen. Verder zien wijkverpleegkundigen graag dat alle informatie over eHealth producten gebundeld is op één makkelijk te vinden plek. Hierin moet ook opgenomen zijn wat de kosten zijn voor een eHealth product en welke vergoedingen er bestaan vanuit de zorgverzekeraar om de cliënt hierover zo goed mogelijk te kunnen informeren.

'Ik zou persoonlijk zeggen: een app. En dan inderdaad gewoon praktisch, gewoon van nou, hier kun je aan denken bij dit (...) dan heb je duidelijk overzicht, Ja gewoon binnen handbereik.'

Daarnaast geven enkele wijkverpleegkundigen aan dat de cliënt ook toegang tot deze informatie moet hebben zodat de cliënt zich zelf kan informeren en kan beslissen.

2.5 Opvattingen over eHealth

Wijkverpleegkundigen geven verschillende redenen waarom zij het moeilijk vinden om eHealth bij de cliënt in te zetten of waarom zij bewust niet kiezen voor de inzet van eHealth interventies. Veelal zijn deze redenen gebaseerd op opvattingen en aannames die wijkverpleegkundigen hebben over de inzet en het werken met eHealth in de praktijk/bij de cliënt.

2.5.1 Ouderen en eHealth

Wijkverpleegkundigen vinden vaak dat oudere cliënten niet geschikt zijn om eHealth te gebruiken. Ze willen ouderen niet met eHealth laten kennismaken omdat ze verwachten dat ouderen het te ingewikkeld vinden. Soms zien wijkverpleegkundigen een oudere cliënt die wel digitaal vaardig is, maar dit is volgens wijkverpleegkundigen een enkeling.

'nou eHealth is vooral geschikt voor een doelgroep die openstaat voor ICT-ontwikkelingen. Dus dat kan ook de 95-jarige zijn die een tablet ook al heel mooi vindt'

2.5.2 Persoonsgerichte zorg en eHealth

Het inzetten van eHealth wordt door meerdere wijkverpleegkundigen als (te) weinig persoonsgericht ervaren. Over het algemeen vinden wijkverpleegkundigen dat pas over eHealth gesproken kan worden als er sprake is van een vertrouwensrelatie. Ze vragen zich bijvoorbeeld af of cliënten persoonlijke problemen via beeldbellen willen bespreken. Dat persoonsgerichte aspect van de zorg benoemen wijkverpleegkundigen ook als belangrijke motivatie voor hun werk en werkplezier. De meeste wijkverpleegkundigen maken tijdens de intake geen gebruik van een tablet of laptop omdat dit teveel afstand zou creëren, oogcontact minder goed mogelijk maakt en de cliënt het gevoel kan geven dat er niet goed geluisterd wordt. Ook geeft men aan dat niet goed ingeschat kan worden hoe een cliënt reageert op interventies wanneer men niet fysiek aanwezig is.

'wij hebben gelukkig nog een kleine (tablet). Maar ik ken ook mensen die gaan met de laptop indicaties doen. Dan heb je dus zo'n beeld voor je neus. En mensen ervaren dat als heel onpersoonlijk. En als mensen onpersoonlijkheid ervaren dan stellen ze zich haast niet open en vertellen ze eigenlijk niet dat wat relevant is. Is mijn ervaring.'

'Nou ik vind het eigenlijk heel erg belangrijk dat ik contact heb met die cliënt, want als ik dat op afstand doe dan bouw ik sowieso geen band op maar dan weet ik ook niet hoe iemand reageert. En hoe iemand een beetje in elkaar zit. Dat kan ik niet zien vanaf mijn computer. Dus ik vind het contact met de cliënt gewoon heel erg belangrijk.'

Enkele andere wijkverpleegkundigen gebruiken echter de inzet van eHealth juist om contact te krijgen. Ook wordt wel benoemd dat veel cliënten een tablet hebben en deze gebruiken, bijvoorbeeld voor beeldbellen met de kleinkinderen.

‘ (...) bij zorgmijdende mensen omdat ik daar dan niet fysiek letterlijk achter de deur hoef te zijn en iemand niet het gevoel heeft dat hij nou zo nodig in zorg moet komen (...) bijvoorbeeld met de medido heb ik daar goede ervaringen mee, dat ik dan (...) 1 keer per week achter de deur kom (...) en zodoende ontstaat een vertrouwensrelatie en kom ik daar waar je anders niet was gekomen.’

2.5.3 Andere barrières

Andere redenen die de inzet van eHealth in de weg zitten zijn volgens wijkverpleegkundigen de kosten of de cognitieve vermogens van een cliënt, zoals bij Alzheimer. Zo kan een alarmknop wel een goede oplossing zijn bij iemand waar sprake is van valgevaar, maar zien wijkverpleegkundigen een risico dat een cliënt niet weet hoe deze gebruikt moet worden waardoor veel onrust ontstaat.

‘maar ook veel mensen die niet de financiële middelen hebben om dingen aan te schaffen. Als je in de schuldsanering zit of in de budgettering, veel dingen zijn toch wel aan de prijs. Onze nieuwe personenalarmering die we nu hebben dat is een heel mooi ding, de lifesave, maar daar hangt een behoorlijk prijskaartje aan.’

Volgens de meeste wijkverpleegkundigen hebben cliënten vooral behoefte aan fysieke zorgverlening. Wijkverpleegkundigen hebben niet altijd het idee dat eHealth die fysieke zorgverlening ondersteunt, ze kunnen de zorg dan minder goed monitoren. Als voorbeeld wordt wondbeoordeling via een foto genoemd. Aangegeven wordt dat daarbij niet het gedrag van de cliënt kan worden beoordeeld zoals het nemen van voldoende rust, aanwezigheid van pijn of koorts en de beleving van de cliënt zelf.

3. Discussie

In dit onderzoek wordt duidelijk hoe wijkverpleegkundigen in hun dagelijkse praktijk de zorg indiceren. Daarbij blijkt dat eHealth weliswaar bekend is maar niet op de voorgrond staat wanneer wijkverpleegkundigen aan de slag gaan met zorgvragen van hun cliënten.

Wijkverpleegkundigen maken in vaak complexe zorgsituaties lastige afwegingen over de inzet van zorg. Ze schipperen daarbij vaak tussen het garanderen van veiligheid en voldoende kwaliteit van zorg en de wensen en mogelijkheden van cliënten. Het omgaan met deze dilemma's vraagt veel aandacht en creativiteit van de wijkverpleegkundige. Daardoor is er mogelijk minder ruimte voor de inzet van innovatieve eHealth interventies.

Omdat wijkverpleegkundigen begaan zijn met hun cliënten en persoonsgericht willen werken indiceren zij zorg waarbij ze voldoende mogelijkheden zien om vertrouwen op te bouwen. Voor het inzetten van eHealth vinden de meeste wijkverpleegkundigen het nodig om eerst een vertrouwensband op te bouwen. Daarnaast is er vaak weinig tot geen tijd complexe casuïstiek met collega's te bespreken terwijl hieraan wel behoefte is. Wijkverpleegkundigen zijn hierdoor, en als gevolg van een stevige caseload, mogelijk meer geneigd om de voor hen bekende interventies in te zetten.

Opvallend genoeg geven wijkverpleegkundigen zelf aan meer kennis en scholing nodig te hebben terwijl ze zich tegelijkertijd al een mening gevormd hebben over eHealth die de inzet van eHealth in concrete zorgsituaties in de weg staat. Het lijkt daarbij dan vooral te gaan om scholing betreffende het informeren over en bespreekbaar maken met de cliënt van de mogelijkheden van eHealth-toepassingen. Een veronderstelling kan zijn dat wijkverpleegkundigen in de verandering naar meer cliëntparticipatie nog onvoldoende bekend zijn met vaardigheden om gezamenlijke besluitvorming toe te passen.

Sterkte en zwaktes in het onderzoek

In deze studie kan sprake zijn geweest van selectiebias. In de betrokken projectorganisaties zijn wijkverpleegkundigen gevraagd mee te doen en de wijkverpleegkundigen die via V&VN zijn geworven hebben op een oproep gereageerd. Hierdoor kunnen mogelijk meer wijkverpleegkundigen aan het woord zijn geweest die al goed bekend waren met eHealth of er meer dan gemiddeld in geïnteresseerd waren. Desondanks laten de resultaten in voldoende mate een tegengeluud zien en zijn barrières bij de inzet van eHealth ruimschoots benoemd. Daarnaast is in dit onderzoek sprake geweest van triangulatie, dat wil zeggen de inzet van meerdere methoden, en op diverse momenten inzet van meerdere onderzoekers bij de analyse. Hiermee is zowel de grondigheid (rigor) als de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

4. Conclusie en aanbevelingen

Wijkverpleegkundigen vinden het aangaan en ontwikkelen van een vertrouwensband in de zorgrelatie met hun cliënt van groot belang. Ze zijn zich er sterk van bewust dat zij met hun noodzakelijke aanwezigheid inbreuk doen op de persoonlijke levenssfeer en privacy van hun cliënten en willen zich hieraan zoveel mogelijk aanpassen. De zorg die ze in eerste instantie indiceren is daarom persoonsgericht en vaak gebaseerd op professionele ervaring en intuïtie. Bij het invullen van het zorgplan moeten zij hun keuzes nader specificeren en verantwoorden. Sommige digitale systemen zitten hen daarbij in de weg omdat er teveel sprake is van een invuloefening.

eHealth wordt door wijkverpleegkundigen vooral met cliënten besproken wanneer ze het gevoel hebben dat zo'n inzet meerwaarde heeft of een oplossing biedt die passend is voor de cliënt. Hierin spelen de opvattingen dat eHealth niet geschikt is voor ouderen en persoonsgerichtheid in de weg kan staan een belemmerende rol.

Wijkverpleegkundigen hebben kennis, vaardigheden, tijd en persoonlijk contact met cliënten nodig om eHealth-toepassingen met hen te bespreken en uit te proberen. Wanneer zij eHealth persoonsgericht in kunnen zetten, zijn veel wijkverpleegkundigen ervan overtuigd dat eHealth ondersteunend is aan de zorg die zij willen bieden.

De bevindingen laten zien dat bij de ontwikkeling van de trainingsmodule en het hulpmiddel aandacht moet zijn voor de voorkeuren en behoeften van de wijkverpleegkundigen. De ontwikkeling van het hulpmiddel zal in nauwe samenwerking met de wijkverpleegkundigen plaatsvinden. Hiermee wordt getracht dicht bij de dagelijkse praktijk van de wijkverpleegkundigen aan te sluiten. Aanbevelingen voor het vervolg van dit project richten zich op de volgende onderdelen.

Aanbevelingen

1. Het bespreekbaar maken van veronderstellingen van wijkverpleegkundigen waarbij duidelijk is dat het gebruik van eHealth bepaalde aspecten, zoals persoonsgerichtheid, niet in de weg hoeven staan.
2. Voor de wijkverpleegkundigen is ondersteuning nodig wanneer en hoe eHealth is in te zetten in meer complexe zorgsituaties. Het toepassen van gezamenlijke besluitvorming tussen de wijkverpleegkundigen en de cliënt is hierin een voorwaarde.

3. Als eHealth interventies worden gelinkt aan de meest gebruikte verpleegkundige diagnoses (van classificatiesystemen) in complexe zorgsituaties, zullen wijkverpleegkundigen eerder geneigd zijn om eHealth interventies in te zetten.
4. Een tool met daarin de laatste informatie over eHealth-toepassingen moet goed toegankelijk zijn in diverse praktijksituaties. De beschikbaarheid van een dergelijke tool kan de wijkverpleegkundige ondersteunen bij het informeren van de cliënt over eHealth-toepassingen. Daarbij is de mogelijkheid om te kunnen zoeken vanuit zowel informeel als formeel taalgebruik van belang.