

VU Research Portal

Digitale communicatie in zorgnetwerken van kwetsbare ouderen

Broese Van Groenou, M.I.; Breebaart, H.; Dautzenberg, M.G.H.

2015

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Broese Van Groenou, M. I., Breebaart, H., & Dautzenberg, M. G. H. (2015). *Digitale communicatie in zorgnetwerken van kwetsbare ouderen*. Vrije Universiteit Amsterdam.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

DIGITALE COMMUNICATIE IN ZORGNETWERKEN VAN KWETSBARE OUDEREN

Evaluatie van de implementatie van een digitale tool in de thuiszorg om de communicatie met mantelzorg te verbeteren



Marjolein Broese van Groenou
Hanneke Breebaart
Maaïke Dautzenberg

Digitale communicatie in zorgnetwerken van kwetsbare ouderen –

Evaluatie van de implementatie van een digitale tool in de thuiszorg om de communicatie met mantelzorg te verbeteren

Sociologie – Faculteit der Sociale Wetenschappen

Marjolein Broese van Groenou
Hanneke Breebaart
Maaïke Dautzenberg

Met dank aan:



INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	4
1. Inleiding	7
2. Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	10
2.1. Doel	10
2.2. Onderzoeksvragen	10
3. Onderzoeksmethode	11
3.1. Selectie van respondenten	11
3.2. Kwalitatief en kwantitatief onderzoek	11
3.3. Drie meetmomenten	12
3.4. Analyse	12
4. Resultaten	14
4.1. Opbouw van dit hoofdstuk	14
4.2. Kennismaking met de zeven netwerken	14
4.3. Bij aanvang van het gebruik	16
4.3.1. Redenen voor aansluiting in ConnectedCare	16
4.3.2. Wie worden wel of niet aangesloten in ConnectedCare	16
4.4. Aard en frequentie van gebruik	17
4.4.1. Diversiteit in gebruik	17
4.4.2. Veranderingen in communicatiemodus over de tijd	18
4.5. Consequenties van het gebruik van Connectedcare	18
4.5.1. Afstemming van zorg	19
4.5.2. Inzet en ervaren zorglast mantelzorgers	19
4.5.3. Ervaren kwaliteit van zorg	20
4.6. Randvoorwaarden voor gebruik van een digitale tool	20
4.6.1. Voorwaarden aan de zijde van de cliënt die gebruik faciliteren	20
4.6.2. Gewenste functionaliteiten van de tool	21
4.6.3. Randvoorwaarden in de organisatie	21
5. Stappen voor implementatie van een digitale tool in de thuiszorg	22
5.1. Stap 1 besluitvorming en doelstelling	22
5.2. Stap 2 randvoorwaarden en strategie	23
5.3. Stap 3 het gebruik van de digitale tool	23
5.4. Stap 4 evaluatie en borging	24
6. Conclusies	25
Bijlage: de implementatiewijzer	26

SAMENVATTING

In 2015 is Thuiszorg Maartje een pilot gestart met de implementatie van ConnectedCare teneinde de communicatie tussen cliënt, familie en zorgverleners te verbeteren en de inzet van mantelzorgers te vergroten. De Vrije Universiteit heeft de implementatie van deze digitale tool in de zorgnetwerken van zeven cliënten gevolgd van februari tot oktober 2015. Middels interviews en vragenlijsten zijn gegevens verzameld bij vier cliënten, zeven mantelzorgers, drie contactverpleegkundigen, vijf verzorgenden en drie managers. Daarnaast zijn de log data van de tool bekeken. Met behulp van deze gegevens zijn vier onderzoeksvragen beantwoord. Daarnaast is een eerste aanzet gemaakt voor een stappenplan inzake de implementatie van een digitale tool in de thuiszorgorganisatie.

Onderzoeksvraag 1: Wat zijn ‘triggers for use’ om de digitale tool te gaan gebruiken?

Voor cliënten en mantelzorgers lagen de verwachte voordelen vooral bij de mogelijkheid om in één keer met meerdere informele en formele zorgverleners tegelijk te kunnen communiceren, en altijd op de hoogte te zijn van wat er in de zorgsituatie gebeurt. De keuze om bepaalde familieleden of bekenden aan te sluiten in ConnectedCare werd vooral bepaald door de mate waarin deze betrokken waren bij de zorg, dan wel op de hoogte wilden blijven van de zorgsituatie, en hun digitale vaardigheden. Voor verzorgenden en contactverpleegkundigen waren er twee belangrijke overwegingen. Ten eerste verwachtte men een toename van de efficiëntie in de zorg, omdat het digitale contact andere vormen van contact, zoals bellen en mailen, zou kunnen vervangen. Ten tweede verwachtte men meer inzicht in wie van de familie of het sociale netwerk bij de zorg betrokken zou zijn.

Onderzoeksvraag 2: wat is de aard van het gebruik van ConnectedCare?

De zeven zorgnetwerken verschilden naar de frequentie en aard van het gebruik van ConnectedCare. We konden drie typen van gebruik onderscheiden.

Ten eerste was er in één zorgnetwerk vooral sprake van functioneel gebruik. In dit netwerk werd overwegend de agendafunctie benut en werd de tool gebruikt om alle betrokkenen op de hoogte te houden van afspraken en taken in de zorgverlening. Dit type gebruik troffen we aan bij cliënten die zeer zelfredzaam zijn, de zorg zelf kunnen organiseren en/of een groot aantal zorgverleners hebben.

Een tweede vorm van gebruik betrof vooral inhoudelijk overleg tussen familie en zorgverleners. Hiervan was sprake in drie netwerken waarin de cliënt minder zelfredzaam was, en waar uitwonende mantelzorgers sterk betrokken waren in de organisatie van de zorg. De communicatie was hier vooral gericht op informatie uitwisseling over de situatie van de cliënt, en minder op het gebruik van de agendafunctie.

Een derde vorm van gebruik was vooral gericht op het in stand houden van het contact tussen cliënt, mantelzorger en zorgprofessional. We zagen in twee van de netwerken dat het gebruik van de tool weinig frequent was. Deels was dit omdat de cliënt de voorkeur gaf aan persoonlijk contact, deels omdat de zorgsituatie zeer stabiel was en contact niet nodig was. In deze netwerken beschikken cliënt en mantelzorger over voldoende vaardigheden om de tool te gebruiken. Daarbij hecht in het bijzonder de uitwonende mantelzorger eraan om snel contact op te kunnen nemen met alle betrokkenen in tijden van urgentie.

In het zevende netwerk is er gedurende de observatieperiode geen activiteit in ConnectedCare geweest, omdat andere vormen van communicatie tussen cliënt en zorgverleners voldoende bleken. Geen van de onderzochte netwerken heeft gebruik gemaakt van de sensor modules, een specifieke functionaliteit binnen ConnectedCare.

De waarnemingen in het najaar lieten zien dat in de loop van het jaar het contact tussen zorgprofessionals enerzijds en cliënt en/of mantelzorger anderzijds meer via ConnectedCare verliep en minder via traditionele vormen van communicatie, zoals bellen en mailen. Het gebruik is wel selectief: vele personen zijn aangesloten en kunnen alle communicatie zien, maar per

netwerk zijn er meestal twee tot drie gebruikers die berichten sturen, waaronder in ieder geval één cliënt of mantelzorger, en één verzorgende of contactverpleegkundige.

Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de consequenties van het gebruik van ConnectedCare voor de inzet en zorglast van mantelzorgers en de ervaren kwaliteit van zorg?

Alle gebruikers zijn het erover eens dat het onderling contact sneller, intensiever en frequenter is middels het gebruik van de digitale tool. Daarbij worden gemaakte afspraken ook beter gehandhaafd omdat ze met iedereen worden gedeeld. De lijnen tussen de cliënt, mantelzorger en zorgprofessional zijn korter geworden. Dit vergroot het gevoel van veiligheid bij de uitwonende mantelzorgers omdat ze zekerheid hebben dat de zorg goed geregeld wordt. De verzorgenden en contactverpleegkundigen zijn minder tijd kwijt aan bellen en mailen. Een gevolg voor hen is wel dat er bij veel activiteit in ConnectedCare ook meer berichten bekeken moeten worden, soms ook buiten werktijd. In deze korte observatieperiode is de inzet van mantelzorgers niet toegenomen en zien we ook geen gevolgen voor de ervaren kwaliteit van zorg. Meer inzicht in deze gevolgen vereist vermoedelijk een langere periode van observatie van het gebruik.

Onderzoeksvraag 4 Wat zijn de randvoorwaarden voor het gebruik van een digitale tool?

Er is een aantal voorwaarden te benoemen die het gebruik van de tool bevorderen. Op pagina 19-20 is een opsomming van deze voorwaarden te vinden.

Aan de zijde van de cliënt is dat bijvoorbeeld een sterk gemotiveerde cliënt dan wel mantelzorger die over de nodige digitale vaardigheden bezit en belast is met de organisatie van de zorg. Een adequate selectie van cliënten en mantelzorgers bij wie de tool wordt aangeboden, vereist inzicht in hun wensen en mogelijkheden voor digitale communicatie met zorgverleners.

Wat betreft de tool dient deze (onder meer) gebruiksvriendelijk te zijn, meerdere functionaliteiten te hebben die het gebruik van andere media (whatsapp groep) overstijgen, en is de aanwezigheid van een helpdesk aan te raden.

Aan de zijde van de organisatie noemen we hier de afstemming tussen ConnectedCare en Thuiszorg Maartje inzake de begeleiding van de gebruikers, de afstemming in het zorgteam over wie er welke informatie communiceert, de beschikking over apparatuur waarmee snel en continue toegang tot ConnectedCare kan worden verkregen, en de afstemming met andere digitale systemen (zoals voor de planning van de zorg).

Stappenplan voor het implementatietraject

Dit traject omvat vier stappen, die in dit rapport in eerste aanzet zijn uitgewerkt. Verdere uitwerking volgt in voorjaar 2016, waarna deze informatie ook wordt aangeboden aan andere thuiszorginstellingen.

Stap 1: Besluitvorming en formulering doelstellingen door het management.

Stap 2: Inrichten randvoorwaarden en strategisch communiceren met de organisatie.

Stap 3: Ingebruikname van de digitale tool: selectie van cliënten en mantelzorgers, afspraken over de frequentie en aard van de communicatie.

Stap 4: Evaluatie op verschillende momenten na aanvang, maken van aanpassingen in tool, werkproces en randvoorwaarden, en borging.

Conclusies

Positieve aspecten:

- De digitale tool lijkt een goede aanvulling, en in potentie een vervanger van, andere vormen van communicatie (telefoon, mail). Dit lijkt vooral zo te zijn voor zelfredzame cliënten en voor mantelzorgers die nauw bij de organisatie van de zorg betrokken zijn. Zorgprofessionals besparen zo tijd op contact met de betrokkenen.
- De tool bevordert dat de informatie breed wordt gedeeld. Hierdoor is het meer duidelijk wie er wat doet en wanneer dit gebeurt. Afspraken worden daarmee beter gehandhaafd en zorgprofessionals hebben een beter beeld welke familieleden en andere professionals bij de zorg betrokken zijn.

- De digitale tool biedt de garantie van snel en toegankelijk contact met alle betrokkenen op momenten wanneer daar behoefte aan is. Voor sommigen is dat zeer frequent, voor anderen vooral in tijden van urgentie. De lijnen tussen cliënt, mantelzorger en zorgverlener zijn korter. Vooral mantelzorgers vinden het een veilig idee dat er snel en direct kan worden gecommuniceerd.
- Er zijn vier stappen welke de organisatie moet doorlopen om een digitale tool te implementeren. In de verschillende fasen van de implementatie zijn een aantal voorwaarden te noemen waar de organisatie aan moet voldoen.

Aandachtspunten:

- De diversiteit in gebruik van ConnectedCare in de zorgnetwerken: dit impliceert dat vooraf afstemming moet plaatsvinden tussen cliënt, mantelzorgers en Thuiszorg Maartje over het doel en aard van het gebruik. Bepaal wat er vooral nodig is: organisatie van de zorg, overleg over de zorg, en/of beschikbaarheid van contact, en stel dat in de loop van het zorgproces zo nodig bij.
- Integratie van de verschillende digitale systemen: informatie over de zorg en de planning wordt ook nog gecommuniceerd via het zorgdossier en Maarten Life. Dit vereist nadere afspraken over het zorgschrift en verkenning van de mogelijke synchronisatie met het planningsysteem.
- Sommige informatie is privacy-gevoelig. Dit vraagt om duidelijke afspraken welke informatie via de digitale tool mag worden gedeeld met anderen, en welke niet.
- Nog niet iedereen heeft continue toegang tot ConnectedCare. Dit vereist dat men over een geschikt mobiel apparaat beschikt (iPhone, iPad) waarmee via een app toegang verkregen wordt tot het digitale netwerk. Via deze app wordt zichtbaar wanneer er een bericht is geplaatst. Omgang hiermee vereist eveneens enige ervaring met digitale systemen, en dat is bij een aantal mantelzorgers en verzorgenden niet altijd het geval.
- Deze pilot geeft geen inzicht in de langere termijn consequenties van de inzet van een digitale tool voor bijvoorbeeld de inzet van mantelzorgers en de ervaren kwaliteit van de zorg. Een vervolgstudie is nodig waarin een grotere groep langere tijd wordt gevolgd om deze vragen te kunnen beantwoorden.

1. INLEIDING

Vanwege bezuinigingen in de zorg en strengere opnamecriteria voor verzorgingshuizen blijven steeds meer kwetsbare ouderen met complexe gezondheidsproblemen zelfstandig thuis wonen. Een deel van deze ouderen is alleenstaand, heeft een klein netwerk of mantelzorgers die op afstand wonen. De meest kwetsbaren krijgen vanuit de gemeente huishoudelijke hulp en vanuit de thuiszorg hulp bij de persoonlijke verzorging, verpleegkundige zorg of extra begeleiding thuis. Onderzoek in Amsterdam¹ en Gouda² heeft laten zien dat ouderen die thuiszorg ontvangen, gemiddeld genomen 10-12 verschillende zorgverleners hebben, waarvan gemiddeld 7-8 beroepskrachten (formele zorgverleners) en 2-3 mantelzorgers (informele helpers), meestal familieleden. Thuiszorgmedewerkers en huishoudelijke hulpen bleken, behalve voor de zorg, ook tegemoet te komen aan de behoefte aan sociaal contact van hun cliënten. Sommige thuiszorgmedewerksters fungeerden zelfs als surrogaat dochters voor hun cliënten. Juist dit type inzet van thuiszorg wordt teruggedraaid de komende jaren. Dat betekent dat deze ouderen een groter beroep moeten doen op het eigen sociale netwerk voor zowel praktische zorg als voor hun sociale contacten. Digitale middelen kunnen daar ondersteunend bij zijn.

Van overheidswege wordt belang gehecht aan een betere afstemming tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners (beroepskrachten). Het is dan ook niet verwonderlijk dat in een kamerbrief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)³ over mantelzorg en langdurige zorg, expliciet wordt gesproken over de noodzaak van 'verbinden' en het verbeteren van de samenwerking tussen cliënt, mantelzorg, vrijwilliger en professionals in de zorg.

Uit het hierboven genoemde onderzoek in Amsterdam bleek dat in de praktijk bij slechts een kwart van alle zorgrelaties van ouderen overleg was tussen zorgverleners over de zorg. Tussen mantelzorgers onderling en tussen thuiszorgmedewerkers was vaker contact, vooral als ze voor dezelfde organisatie werkten of familie waren, maar tussen de familie en de thuiszorg niet. Uitzondering daarop vormden inwonende mantelzorgers, meestal partners en soms een kind, omdat deze mantelzorgers automatisch contact hebben met zorgprofessionals wanneer deze aan huis komen. In die situaties was wel sprake van een 'brug' tussen de deelnetwerken van formele en informele zorgverleners. Wat ook opviel bij zowel de onderzochte thuiszorgorganisaties in Amsterdam als in Gouda, dat de onderlinge communicatie hoofdzakelijk telefonisch of schriftelijk verloopt via de zorgmap in het huis van de cliënt. Van digitale communicatiemiddelen werd nauwelijks gebruik gemaakt.

Digitale communicatie tools

Om de communicatie te vergemakkelijken tussen alleenstaande thuiszorgcliënten, uitwonende mantelzorgers en hun professionele zorgverleners, kunnen digitale communicatie tools worden ingezet. Dit zijn speciaal ontwikkelde systemen die groepscommunicatie vergemakkelijken met onder andere een agendafunctie zodat de oudere zelf of zorgverleners onderling kunnen afstemmen wanneer ze de oudere bezoeken, of berichten plaatsen als de oudere wat nodig heeft. Dergelijke tools hebben als voordeel dat de communicatie losgekoppeld kan worden van tijd en plaats. Dat kan vooral ondersteunend zijn in zorgnetwerken waar mantelzorgers verder weg wonen of verplichtingen hebben overdag, of waar zorgverleners op verschillende tijdstippen zorg leveren aan de oudere. Soms is de oudere zelf ook minder goed in staat de regie over de zorg te voeren. Dan is het praktisch wanneer een familielid of casemanager de zorg coördineert en deze coördinatie digitaal ondersteund wordt. Maar ook daar waar complexe zorg nodig is en cliënten cognitief zelf goed in staat zijn om de eigen zorg te organiseren, kunnen dergelijke

¹ Zwart-Older I, Jacobs M, Broese van Groenou M, van Wieringen M. e.a. (2013). Samen zorgen voor thuiswonende ouderen. Onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en vrijwilligers in de thuiszorg. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam. Zie ook www.fsw.vu.nl/zorgnetwerk.

² Dautzenberg M, Curfs E, de Bakker D. (2013). Zorgnetwerken van ouderen met een complexe zorgvraag. Onderzoek naar fragmentatie en integratie in de eerstelijnszorg voor thuiswonende ouderen. Gouda: Transmuraal Netwerk Midden-Holland.

³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). 20 juli 2013. Mantelzorg en langdurige zorg. Versterken, verlichten en verbinden. Den Haag: VWS.

communicatietools ondersteunend werken bij het zelf voeren van de regie over hun zorg, zoals bij dwarslaesiepatiënten of mensen met Multipelle Sclerose.

Bekend is intussen dat dergelijke systemen, wanneer ze gebruikt worden, zorgen voor frequenter contact tussen helpers onderling en met de oudere zelf. Tegelijkertijd biedt de agendafunctie de mogelijkheid om sociale bezoeken van familie en bekenden aan de oudere te verdelen over de week of de maand. Met name voor minder mobiele ouderen die aan huis gebonden zijn, kan dit wellicht gevoelens van eenzaamheid verminderen.

Voor thuiszorgmedewerkers hebben digitale tools het voordeel dat zij daarmee een beeld krijgen wie deel uitmaken van het netwerk van een oudere, waardoor ze, als het nodig mocht zijn, makkelijker een beroep kunnen doen op extra inzet van deze mensen. Op dit moment is het zo dat thuiszorgmedewerkers wel weten wie de belangrijkste mantelzorger is omdat deze ook fungeert als contactpersoon, maar niet goed zicht hebben op andere personen die betrokken zijn bij hun cliënten. Daardoor zullen zij deze mensen niet snel benaderen voor extra ondersteuning aan de oudere.

Een voorbeeld van een dergelijke communicatietool is ConnectedCare. Andere voorbeelden zijn FamilieNet, Sharenet, Quli en ZWIP (Zorg en Welzijn Informatie Portaal). Hoewel digitale communicatietools veel voordelen bieden, leert de ervaring dat sommige families er enthousiast gebruik van maken, maar de oudere zelf nauwelijks. Hetzelfde geldt voor zorgprofessionals zoals thuiszorgmedewerkers. Naar de achterliggende redenen is nog weinig onderzoek gedaan. Radboud Universiteit heeft het door hen ontwikkelde systeem ZWIP⁴ geëvalueerd, waaruit naar voren kwam dat medewerkers positief zijn over ondersteunende digitale communicatie in multidisciplinaire samenwerking. Uit de evaluatie bleek ook dat de oudere cliënten en patiënten weinig gebruik van maken van ZWIP met als voornaamste oorzaak het gebrek aan digitale vaardigheden.

Onbekend is wat nu precies de *triggers for use* en de *triggers for non-use* zijn en de mate waarin cliënten en hun familie vinden dat dergelijke digitale communicatietools bijdragen aan de afstemming van informele zorg op de zorg die de thuiszorg levert, en of het leidt tot meer sociaal contact of grotere betrokkenheid van mantelzorgers. Het is dan ook van belang om daar meer zicht op te krijgen omdat thuiszorgorganisaties steeds vaker overwegen om dergelijke systemen in gebruik te gaan nemen. Terwijl het ook mogelijk is dat deze systemen vooral meer digitale communicatie en dus extra werk opleveren. Een andere vraag die speelt is hoe thuiszorgorganisaties deze innovatie kunnen implementeren in de organisatie. Het vereist bepaalde randvoorwaarden, maar mogelijk ook een aanpassing van praktijken op de werkvloer.

Pilotproject met ConnectedCare bij Thuiszorg Maartje

Om antwoord te vinden op de bovenstaande vragen is door onderzoekers van de Vrije Universiteit een implementatiepilot uitgevoerd met de digitale tool ConnectedCare bij thuiszorgorganisatie Maartje. ConnectedCare⁵ is een systeem dat haar oorsprong heeft in onderzoek aan de TU Delft. Het is een software applicatie, specifiek ontwikkeld om de samenwerking te versterken binnen de zorgdriehoek zorgvrager (cliënt), informele zorg en thuiszorg. Het is een online platform dat gebruikt kan worden om een zorgnetwerk op te zetten en te organiseren. Het kan op een computer, tablet en mobiele telefoon worden geïnstalleerd. Cliënten kunnen zelf mensen in het online netwerk uitnodigen die vervolgens met elkaar kunnen communiceren, de agenda in kunnen kijken, acties kunnen aanmaken en aan iemand vragen deze op te pakken, beeldbellen en foto's naar elkaar kunnen sturen. Ook zijn sensormodules beschikbaar die monitoring op afstand mogelijk maken.

ConnectedCare is ontwikkeld vanuit de gedachte dat zorg een sociale groepsactiviteit is, en de tool is een instrument om deze sociale activiteit zo goed mogelijk te ondersteunen. Door de communicatie en coördinatie op één plek bij elkaar te brengen, en door met digitale prikkels het netwerk optimaal te betrekken, beoogt ConnectedCare de dagelijkse zorg efficiënter af te

⁴ Robben SHM. (2012). On a quest to reduce fragmentation in the care of frail older people. Development and implementation of an e-health intervention. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

⁵ www.connectedcare.nl

stemmen, samenwerking binnen het netwerk te verbeteren, en de ervaren stress en zorglast te verlagen. Uitgangspunt is hierbij dat de klant zelf regie heeft over zijn eigen netwerk, en daarmee zelf bepaalt welke zorgverleners worden uitgenodigd.

ConnectedCare is ontwikkeld voor mensen die digitaal vaardig zijn. Een deel van de ouderen is actief met computers, en zal zelf de applicatie kunnen gebruiken. Een ander deel van de senioren staat zelf niet open voor digitale tools; in deze situatie kan een netwerk worden gevormd zonder dat de senior zelf actief betrokken is.

Thuiszorg Maartje⁶ is een thuiszorgorganisatie in een landelijke omgeving in het oosten van Nederland. Maartje is onderdeel van zorggroep Sint Maarten. Zij willen zorg bieden waar nodig en mogelijk is. Omkijken naar een ander is een van hun uitgangspunten. Maartje profileert zich met de punten 'professioneel en vertrouwd', 'kleinschalig en in de buurt', 'een vast aanspreekpunt', '24 uur per dag bereikbaar' en 'geen lidmaatschap'. De lijfspreuk van Maartje is 'heel de mens'. Dat wil zeggen: Maartje is er voor iedereen, van elke leeftijd en in elke geestelijke en/of lichamelijke conditie. En ook: Maartje kijkt bij haar zorgverlening en behandelingen altijd naar de mens als geheel. Niet uitgaande van beperkingen, maar juist van wat mensen nog wél kunnen. Digitale communicatie past binnen hun zorgvisie omdat het de autonomie van cliënten en mantelzorgers kan vergroten. Zorggroep Sint Maarten heeft innovatiegelden aangewend om de pilot met ConnectedCare in 2015 te kunnen uitvoeren. Bij Thuiszorg Maartje stuurt een teammanager meerdere teams aan, die gecoördineerd worden door contactverpleegkundigen. Deze contactverpleegkundigen hebben een team van een aantal verzorgenden onder zich. Zowel het management, de contactverpleegkundigen als de verzorgenden, worden in het onderzoek betrokken.

Opbouw rapportage

Het rapport is als volgt opgebouwd. In het tweede hoofdstuk gaan we kort in op doel- en vraagstellingen van het onderzoek. In hoofdstuk 3 geven we een overzicht van de gebruikte onderzoeksmethoden, en leggen we uit hoe welke gegevens we bij welke respondenten hebben verkregen. Hoofdstuk 4 geeft de antwoorden op de gestelde onderzoeksvragen, en in hoofdstuk 5 komen we tot een overzicht van de stappen die een thuiszorgorganisatie zou kunnen doorlopen bij de implementatie van een digitale tool in de zorgpraktijk. Hoofdstuk 6 geeft een opsomming van de belangrijkste conclusies en aandachtspunten om de implementatie van een digitale tool in de organisatie te bevorderen.

⁶ www.maartje.nl

2. DOEL VAN HET ONDERZOEK EN ONDERZOEKSVRAGEN

2.1. DOEL

Het onderzoek had een driedelig doel. Het eerste doel was in kaart te brengen wat de voorwaarden zijn voor gebruik van ConnectedCare voor zowel cliënten, hun mantelzorgers als thuiszorgmedewerkers. Het tweede doel was een beeld te krijgen van de aard van het gebruik van ConnectedCare. Het derde doel was inzichtelijk te maken wat de consequenties en effecten waren van het gebruik voor de zorgontvanger en betrokken hulpverleners.

2.2. ONDERZOEKSVRAGEN

Het onderzoek gaf antwoord op vier onderzoeksvragen:

- 1) Wat zijn bij aanvang 'triggers for use' voor ouderen, mantelzorgers, en thuiszorgmedewerkers?
- 2) Wat is de aard en de frequentie van de communicatie tussen de hulpverleners in het zorgnetwerk, en in welke zin verandert deze communicatie over de tijd?
- 3) Wat zijn de consequenties van het gebruik van Connectedcare voor de:
 - inzet van mantelzorgers (in termen van uren en type taken)
 - ervaren zorglast door mantelzorgers
 - ervaren regie over de zorg door cliënten en mantelzorgers
 - de ervaren afstemming van en communicatie over de zorg
- 4) Welke randvoorwaarden in de thuissituatie, de tool en de organisatie zijn nodig om het gebruik te bevorderen?

Onderzoeksvraag 1: Triggers for use en de voorwaarden voor gebruik

Wat betreft de eerste onderzoeksvraag ging het er primair om een beeld te geven wat potentiële gebruikers motiveerde om deel te nemen aan de pilot met ConnectedCare. Daarbij maken we een onderscheid naar de motivatie van cliënt, mantelzorger en hulpverlener, maar geven ook aan hoe de keuze is gemaakt wie er wel of niet aangesloten zou worden op ConnectedCare.

Onderzoeksvraag 2: Aard van het gebruik van ConnectedCare

Het antwoord op de tweede onderzoeksvraag geeft een beeld hoe gebruikers in de praktijk omgingen met de tool: hoeveel deelnemers maakten deel uit van het digitale zorgnetwerk, hoe vaak logden ze in, welke functies gebruikten ze (agenda/afspraken e.d.) en welk soort berichten plaatsten ze? Het ging dan om aspecten als de frequentie van onderling contact, de inhoud daarvan en de interactiepartners. Met andere woorden: wie 'praat' hoe vaak met wie en waarover? Ook is nagegaan hoe de onderlinge communicatie veranderde in de periode dat ConnectedCare werd gebruikt, wat voor de meeste gebruikers 4 tot 6 maanden was.

Onderzoeksvraag 3 Consequenties van het gebruik van ConnectedCare

Het is de vraag in hoeverre ConnectedCare positief uitwerkt op het overleg tussen thuiszorgprofessionals, mantelzorgers en cliënten en zou leiden tot een betere afstemming en meer ervaren regie over de zorg. De digitale communicatie zou zelfs de ervaren zorglast van mantelzorgers kunnen doen afnemen omdat ze het gevoel hebben dat de zorg beter geregeld is. Een ander mogelijk effect zou kunnen zijn dat het gebruik van ConnectedCare leidt tot meer betrokkenheid van mantelzorgers en eventuele andere informele helpers die aan het digitale netwerk werden toegevoegd en zelfs tot meer daadwerkelijke inzet van hun kant.

Onderzoeksvraag 4 Randvoorwaarden voor het gebruik van een digitale tool

Nadat meer inzicht is gekregen in verwachtingen, het feitelijk gebruik en de consequenties van het gebruik van ConnectedCare, hebben we een beter beeld van wat het gebruik van de tool bevordert. Daarbij is gekeken naar de voorwaarden in de thuissituatie en in de thuiszorgorganisatie die faciliterend dan wel belemmerend uitwerkten op het gebruik. Tevens is inzicht verkregen in welke functionaliteiten de tool meer gebruiksvriendelijk maken voor cliënt en helpers.

3. ONDERZOEKSMETHODE

De implementatie van de pilot is geëvalueerd door een beperkt aantal zorgnetwerken (N = 7) gedurende de gebruikperiode intensief te volgen gedurende de eerste maanden van gebruik van ConnectedCare. Per zorgnetwerk zijn op drie meetmomenten de cliënt of diens woordvoerder geïnterviewd (in geval er bijvoorbeeld sprake was van dementie), tevens één mantelzorger en twee professionele zorgverleners van Maartje (de contactverpleegkundige en een verzorgende). Aansluiting op ConnectedCare werd gratis aangeboden.

3.1. SELECTIE VAN RESPONDENTEN

De pilot vond plaats bij cliënten van Thuiszorg Maartje. Cliënten die wilden deelnemen moesten voldoen aan de volgende selectiecriteria:

- Zelfstandig wonen;
- Ontvangen hulp aan huis van minimaal twee hulpverleners, waaronder een informele helper en een beroepskracht;
- Internetaansluiting in de woning;
- Cliënt is bekend met het gebruik van een computer, heeft zelf een computer of een tablet, of heeft een informele helper die dit voor hem of haar waarneemt;
- De informele hulpverlener(s) heeft/hebben een computer of tablet;
- Cliënten en mantelzorgers zijn bereid om mee te werken aan de evaluatie van het gebruik van ConnectedCare en tekenen daartoe een informed consent formulier waarin zij toestemming gaven aan het onderzoeksteam de inlogdata in te zien.

Deelnemers aan de pilot zijn geselecteerd door de contactverpleegkundigen van Maartje op basis van een inschatting dat zij bereid zouden zijn om mee te werken aan de pilot en enige computervaardigheden hadden. In de pilot zijn zeven cliënten van Thuiszorg Maartje betrokken. Voor elk van hen is een mantelzorger in het onderzoek betrokken, deze was daartoe eerst benaderd door de contactverpleegkundige. Voor elke cliënt is één contactverpleegkundige in het onderzoek betrokken. Na enkele maanden zijn ook de verzorgenden van de cliënten benaderd. Bij vier van hen is een groepsinterview afgenomen en twee verzorgenden zijn individueel telefonisch geïnterviewd. Ook met het hoger management zijn gesprekken gevoerd over de visie en verwachtingen jegens Connectedcare. Hiertoe zijn gesprekken gevoerd met de directeur, het hoofd van de afdeling zorg, en een teammanager. In totaal zijn er vier cliënten, zeven mantelzorgers (waarvan drie ook het woord voerden namens cliënt), drie contactverpleegkundigen, vijf verzorgenden en drie managers in het onderzoek betrokken.

3.2. KWALITATIEF EN KWANTITATIEF ONDERZOEK

Tijdens de metingen is gebruik gemaakt van een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden (*mixed methods approach*). Het kwantitatieve deel was bedoeld om cijfermatige gegevens op te leveren en het kwalitatieve deel om een beeld van het verhaal achter de cijfers te krijgen.

Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve onderzoeksdeel bestond uit persoonlijke interviews met cliënten en hun formele en informele zorgverleners. Dit gaf een beeld van de *triggers for use* (onderzoeksvraag 1) en hoe het gebruik uiteindelijk heeft uitgewerkt op de oudere, mantelzorgers en de betrokken thuiszorgmedewerkers (onderzoeksvraag 3). Het betrof semigestructureerde interviews die werden afgenomen aan de hand van een leidraad met open vragen. Cliënten en hun mantelzorgers zijn individueel geïnterviewd, deels face-to-face (eerste meting) en deels telefonisch of via Skype (vervolgmetingen). De thuiszorgmedewerkers zijn deels groepsgewijs en deels individueel telefonisch geïnterviewd. De onderzoekers hebben ook twee bijeenkomsten met thuiszorgmedewerkers bijgewoond. In de eerste bijeenkomst werd de digitale tool geïntroduceerd, in de tweede bijeenkomst waren ook cliënten en mantelzorgers aanwezig en werd het gebruik van de digitale tool besproken. Bij aanvang van het project zijn ook telefonische interviews met twee managers gehouden over de verwachtingen en doelstelling

van het implementatietraject.

Kwantitatief onderzoek

Het kwantitatieve deel bestond uit korte gestructureerde schriftelijke vragenlijsten voor cliënten, mantelzorgers en thuiszorgmedewerkers. Daarmee werden bij cliënten en mantelzorgers persoonskenmerken in kaart gebracht (o.a. over de gezondheid, leefsituatie, e.d.), de ervaren eenzaamheid door cliënten, de omvang en samenstelling van het zorgnetwerk, de geboden hulp door de mantelzorger, de ervaren zorglast door de mantelzorger, de ervaren communicatie en afstemming van de zorg (thuiszorg en mantelzorg), de frequentie van sociaal contact met familie, vrienden en kennissen en de ervaren kwaliteit van zorg.

Bij de contactverpleegkundigen is gevraagd naar hun leeftijd, functie, jaren werkzaam in de zorg en de ervaren kwaliteit van zorg en de ervaren kwaliteit van hun communicatie met de mantelzorgers in de zorgnetwerken die deelnamen aan ConnectedCare. Alle vragenlijsten zijn opvraagbaar bij het onderzoeksteam.

Het tweede deel van het kwantitatieve onderzoek bestond uit de log gegevens van ConnectedCare. De log data gaven informatie over het aantal deelnemers per zorgnetwerk dat op ConnectedCare was aangesloten, hun relatie tot de cliënt, de frequentie en de aard van het gebruik zoals het aantal en type taken dat werden aangemaakt en de berichten die werden geplaatst. De loggegevens van ConnectedCare werden in Excel gedurende 6 maanden elke maand aan de onderzoekers toegestuurd, waardoor het mogelijk was veranderingen in de tijd in kaart te brengen. Met de analyse van de logdata kon onderzoeksvraag 2 worden beantwoord.

3.3. DRIE MEETMOMENTEN

Zoals hierboven aangegeven zijn de cliënt en/of de mantelzorger en de contactverpleegkundige op drie momenten ondervraagd.

Het eerste meetmoment (T0) was vlak na de aansluiting op ConnectedCare. Bij de T-0 meting zijn de korte vragenlijsten ingevuld en interviews afgenomen met cliënten, mantelzorgers en contactverpleegkundigen. In de interviews lag de nadruk op de duidelijkheid van de begininstructie en de verwachte voordelen van deelnemers over het gebruik van ConnectedCare. Aanvullend is het management van Maartje telefonisch geïnterviewd over de plannen en verwachtingen over ConnectedCare. Na de T-0 meting zijn verbeter suggesties voor ConnectedCare teruggekoppeld naar de ontwikkelaars en zorgaanbieder Maartje.

Het tweede meetmoment (T1) vond plaats na ongeveer 3 maanden van gebruik. Daarbij werden interviews met de cliënten, mantelzorgers en contactverpleegkundigen telefonisch afgenomen. De gebruikers zijn bevraagd op voornamelijk de eerste ervaringen en de gebruiksvriendelijkheid van ConnectedCare.

De eindmeting (T2) vond plaats na ongeveer 4-6 maanden van gebruik. Daarbij werden opnieuw de korte vragenlijsten ingevuld door cliënten, mantelzorgers en contactverpleegkundigen. Vervolgens werden deze gebruikers telefonisch of via Skype geïnterviewd over de wijze waarop het gebruik van ConnectedCare had uitgewerkt op de zorgafstemming, de betrokkenheid van mantelzorgers en het gevoel van regie over de zorg.

Aangezien tijdens de T-0 meting bleek dat cliënten en mantelzorgers behoefte hadden aan deelname van verzorgenden aan het digitale zorgnetwerk, zijn per zorgnetwerk een of meerdere verzorgende gaan deelnemen aan ConnectedCare. Per netwerk is één verzorgende eveneens geïnterviewd bij de T-2 meting.

3.4. ANALYSE

Alle interviews zijn op band opgenomen, afgeluisterd en samengevat. De analyse is handmatig gedaan aan de hand van analyseschema's. De vragenlijsten zijn ingevoerd en de data is

geanalyseerd in SPSS. De logdata van Connectedcare zijn gecodeerd en vervolgens in SPSS geanalyseerd. Bestudering van de kwalitatieve en kwantitatieve gegevens gaf inzicht in welke aspecten de drie typen actoren (cliënten, mantelzorgers, professionele helpers) overeenkomsten en verschillen vertoonden in opvattingen over 'triggers for use', en consequenties van het gebruik. De analyse van de log data leidde tot het onderscheid in verschillende typen van gebruik in de zorgnetwerken.

4. RESULTATEN

4.1. OPBOUW VAN DIT HOOFDSTUK

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vier onderzoeksvragen. De beantwoording vangt aan met een introductie van de zeven netwerken die in de pilotfase zijn aangesloten bij ConnectedCare en betrokken in ons onderzoek (4.2). Vervolgens brengen we de ontwikkelingen in gebruik in beeld door een onderscheid te maken in de aanvangssituatie (4.3: wie wordt waarom aangesloten), het feitelijk gebruik met daarbij inzicht in 'triggers for use' in de observatieperiode (4.4), en de ervaren effecten van het gebruik (4.5). Na dit proces in beeld te hebben gebracht, volgt een overzicht van de randvoorwaarden die aan cliënt en mantelzorgers, ConnectedCare en aan de organisatie kunnen worden gesteld om een succesvolle implementatie van een digitale tool te faciliteren.

4.2. KENNISMAKING MET DE ZEVEN NETWERKEN

We introduceren eerst de zeven zorgnetwerken die we in dit onderzoek hebben gevolgd. Omdat respondenten niet herkenbaar in beeld mogen worden gebracht, beperken we de beschrijving tot enkele kenmerken van de cliënten en betrokken mantelzorgers en de uren zorg verleend door de informele en formele hulpverleners (zie tabel 1). We zullen in de rest van dit verslag de zorgnetwerken met een nummer aanduiden (bijvoorbeeld NW1).

De zeven cliënten bestaan uit drie mannen en vier vrouwen. Vijf van hen zijn 75-plus, waarvan één cliënt al bijna 90 jaar is. Daarnaast zijn twee cliënten rond de 60 jaar. De zeven zorgnetwerken onderscheiden zich naar verschillende typen zorgsituaties. In vier zorgnetwerken (NW1, NW4, NW6 en NW7) is er vooral sprake van cliënten met somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen en zijn de cliënten zelf nog cognitief vaardig en in staat om ConnectedCare te bedienen. Bij deze cliënten bestaat het zorgnetwerk voor een belangrijk deel uit verzorgenden die persoonlijke verzorging geven, en bij sommigen ook huishoudelijke hulp en verpleegkundige hulp. In deze zorgnetwerken is ook sprake van informele zorg, maar dan vooral inzake het huishouden, vervoer en organiseren van de zorg. Bij NW1 en NW7 is er sprake van een inwonende mantelzorger, maar alleen in NW7 verleent deze mantelzorger veel hulp per week. In het algemeen zien we hier vier redelijk zelfstandig functionerende cliënten, waarbij de hulp vooral afkomstig is van verzorgenden, aangevuld met hulp door informele helpers. NW7 is in aantal hulpverleners het meest omvangrijke zorgnetwerk, waarin de mantelzorger de taken samen met vele verschillende verzorgenden en verpleegkundigen verricht.

In de andere drie zorgnetwerken (NW2, NW3 en NW5) zijn de cliënten al in sterkere mate van anderen afhankelijk van hun dagelijkse verzorging, en is er sprake van dementie bij de cliënt of diens partner. In deze zorgnetwerken zien we dat zowel informele als formele helpers sterk betrokken zijn bij de zorg, en is er ook sprake van een groter aantal informele helpers in het zorgnetwerk. Bij al deze drie netwerken is de cliënt zelf niet aangesloten op ConnectedCare.

Netwerk	Cliënt, informele en formele helpers; uren hulp per week	Aantal pers. in CC	Activiteit CC april–okt'15
1	Man, alleenstaand, zelfstandig wonend, cognitief goed, fysiek afhankelijk, sociaal actief, 4 uur informele zorg bij het huishouden, 3 uur huishoudelijke hulp, 5 uur hulp bij persoonlijke verzorging door verzorgenden.	1 = wvp	Geen
2	Vrouw, alleenstaand, zelfstandig wonend, dementerend. Verschillende familieleden bieden hulp in het huishouden, met vervoer, en financiën. Verzorgenden komen elke dag even kijken of het goed gaat, daarnaast is er een casemanager en wijkverpleegkundige.	2 = wvp en mz	Gering
3	Vrouw, alleenstaand, zelfstandig wonend, dementerend, belemmerd in functionele beperkingen. Informele hulp van familieleden bij huishoudelijk taken en vervoer en het regelen van de zorg (3 uur per week in totaal). Er komen elke dag verzorgenden voor het eten, persoonlijke verzorging en medicatie (13 uur per week ongeveer).	5 = wvp, mz, vz, hh, familielid	Frequent; maandelijks
4	Vrouw, alleenstaand, zelfstandig wonend, fysiek afhankelijk, cognitief goed functionerend. Beperkte informele hulp aanwezig, vooral met organisatie van de zorg en huishoudelijke taken. Verzorgenden komen 22 uur per week voor het eten klaarmaken, de persoonlijke verzorging en verpleging.	5 = cl, wvp, mz, vz, familielid	Frequent; wekelijks
5	Man, echtpaar, zelfstandig wonend, dementerend, echtgenote ook kwetsbaar. Frequent hulp van familieleden met huishoudelijke taken en vervoer en regeltaken. Verzorgenden besteden 3 uur aan medicatieverstrekking. Huishoudelijke hulp is er 3 uur.	6 = wvp, vz, cm, mz, 2 familieleden	Frequent; wekelijks
6	Vrouw, alleenstaand, aanleunwoning, kwetsbaar. Informele hulp bij huishoudelijke taken, vervoer en regeltaken. Verzorgenden leveren 3,5 uur persoonlijke verzorging, 2 uur is er formele hulp voor het huishouden.	5 = cl, mz, mz, vz, wvp	Vanaf juni meer activiteit
7	Man, gehuwd, zelfstandig wonend, functioneel beperkt. Partner-mantelzorger geeft huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging en helpt met vervoer per week. Anderen helpen met onder andere vervoer. Er komen 5 formele zorgverleners voor 11 uur verzorging en 7 uur verpleging. Huishoudelijk werk wordt 4 uur door formele hulp verricht.	8 = cl, mz, familielid, vier zpz'ers wvp	Frequent; wekelijks

Tabel 1. Kenmerken van de zeven zorgnetwerken bij aanvang van het onderzoek, aantal aangesloten in ConnectedCare (CC) en de frequentie van gebruik in de hele observatieperiode.

*cl= cliënt, wvp = wijkverpleegkundige; mz = mantelzorger; vz = verzorgende, hh = huishoudelijke hulp, cm = casemanager.

4.3. BIJ AANVANG VAN HET GEBRUIK

Wat betreft de eerste onderzoeksvraag ging het er primair om een beeld te geven wat potentiële gebruikers motiveerde om te gaan experimenteren met ConnectedCare, en wat hun verwachtingen waren bij aanvang.

4.3.1. REDENEN VOOR AANSLUITING IN CONNECTEDCARE

Voor cliënten en hun mantelzorgers waren belangrijke redenen om aangesloten te worden op ConnectedCare:

- In één keer met meerdere informele en formele zorgverleners tegelijk kunnen communiceren
- Dankzij de agendafunctie kan iedereen zien wat de afspraken zijn
- Altijd online toegang hebben en op de hoogte zijn van wat er gebeurt in de zorg, ook tijdens vakantie
- Open staan voor innovatie in de zorg

Van de professionele hulpverleners zijn in eerste instantie de wijkverpleegkundigen aangesloten, en vanaf de zomer volgden verzorgenden en casemanagers. Bij deze groep waren belangrijke redenen om aangesloten te worden:

- Efficiëntie in de zorg: het vervangt andere momenten van communicatie, zoals bellen en mailen
- Meer inzicht in wie er allemaal bij de zorg betrokken zijn, vooral van de familieleden

4.3.2. WIE WORDEN WEL OF NIET AANGESLOTEN IN CONNECTEDCARE

Als eenmaal het besluit was genomen om een zorgnetwerk te voorzien van een aansluiting in ConnectedCare, werd bepaald wie van de cliënten, mantelzorgers en hulpverleners aangesloten werd op ConnectedCare.

Bij de cliënten was die keuze vooral ingegeven door de mate waarin zij cognitief in staat waren om met ConnectedCare om te gaan, en daarbij voldoende ervaring met computers hadden om hier mee om te gaan. Bij drie netwerken was dat niet het geval (NW2, NW3, NW5), bij de andere vier dus wel.

Bij de mantelzorgers en andere informele helpers speelden ook nog andere redenen mee bij het bepalen wie er werd aangesloten. In alle netwerken was ofwel de cliënt ofwel een van de mantelzorgers de belangrijkste 'speler' in het digitale zorgnetwerk. In sommige netwerken werden er daarnaast nog andere familieleden aangesloten in ConnectedCare. Het besluit daartoe werd door de cliënt en/of mantelzorger of familieleden genomen.

Als motivatie om het aantal aangesloten familieleden of andere informele helpers te beperken kwamen de volgende redenen naar voren:

- Communicatie tussen cliënt cq mantelzorger en de rest van de familie gebeurt vooral buiten ConnectedCare om, face-to-face, per groepsmail of groepsapp, aansluiting is dus niet nodig
- Communicatie tussen mantelzorger en professionele hulpverleners gebeurt al voldoende buiten ConnectedCare om, dus de noodzaak ziet men niet
- Mantelzorger is coördinator van de zorg en wil anderen hier niet mee belasten, of anderen vinden het ook vooral zijn/haar taak
- Familieleden zijn 'digibeet', hebben weinig met computers, en voelen er weinig voor om aangesloten te worden
- Familieleden wonen ver weg en/of hebben weinig van doen met de zorgverlening
- Sommige familieleden hoeven niet te weten wat er in de zorg omgaat, vooral omdat de informatie als privé wordt beschouwd

Aansluiting van de professionele hulpverleners is deels door Maartje bepaald en, in het geval van externe hulpverleners, door de cliënt. Bij aanvang van het project is bepaald dat de wijkverpleegkundige van Maartje in ieder geval werd aangesloten op het zorgnetwerk van de cliënt, en later is daar minstens een van de verzorgenden, soms meerdere, bij gekomen. In sommige netwerken zijn ook hulpverleners aangesloten die niet bij Maartje werkzaam zijn, zoals een privé-betaalde huishoudelijke hulp of zzp-ers in de verzorging en verpleging. In een netwerk is ook een casemanager aangesloten. Bij aansluiting was de gedachte leidend dat deze professionals op de hoogte moesten zijn van de gebeurtenissen in de zorgverlening, en/of dat inzicht in de afspraken nodig was.

4.4. AARD EN FREQUENTIE VAN GEBRUIK

In deze paragraaf beantwoorden we de vraag naar de aard en de frequentie van de communicatie tussen de hulpverleners in het zorgnetwerk en de veranderingen in communicatievormen over de tijd.

4.4.1. DIVERSITEIT IN GEBRUIK

Op basis van de log data en de interviews met de cliënten en mantelzorgers, bestaat de indruk dat de netwerken zich onderscheiden naar het voorkomen van drie doeleinden van het gebruik: functioneel/taakgericht, overleg/communicatiegericht, en beschikbaarheid van contact. We zullen deze kort omschrijven.

Het functionele netwerk: in dit zorgnetwerk is vooral de cliënt actief en draait de communicatie vooral om het maken van afspraken met zorgverleners (NW7). Er is wekelijks veel activiteit in dit type netwerk en dat komt omdat de agendafunctie veel wordt gebruikt. De meeste activiteit komt van de cliënt en van een centrale professional, ofwel een verzorgende of een wijkverpleegkundige. De anderen die aangesloten zijn in dit netwerk zijn vooral reactief en plaatsen zelf zelden een bericht. De communicatie over de zorg is overwegend zakelijk en betreft de organisatie van de zorg. Gedurende de observatieperiode was de zorgsituatie stabiel en was er geen sprake van achteruitgang in de gezondheid en/of een toename in de uren zorgverlening. Dit verklaart mogelijk mede dat ook de activiteit in ConnectedCare in de observatieperiode vrij stabiel was.

Het overleg netwerk: in dit zorgnetwerk is de cliënt niet zelf aangesloten, maar is er sprake van een centrale mantelzorger die actief is op ConnectedCare (NW2, NW3 en NW5). In NW3 en NW5 is er wekelijks tot maandelijks activiteit en dat betreft veelal gerichte communicatie over de zorg aan de cliënt. In NW2 is de frequentie van de communicatie zeer gering, omdat de mantelzorger niet goed overweg kan met de tool en daar in de observatieperiode ook niet beter in wordt.

In twee van de netwerken (NW2 en NW3) wordt de agendafunctie nauwelijks gebruikt, in het andere netwerk (NW5) juist weer wel. Veel van de communicatie verloopt ook hier tussen een centrale mantelzorger en een centrale verzorgende en/of wijkverpleegkundige. In NW3 en NW5 zijn ook anderen aangesloten in het netwerk maar zij plaatsen zelf weinig berichten. Omdat de familieleden ook buiten ConnectedCare frequent met elkaar overleggen, hoeft men de tool hiervoor niet te gebruiken. Inhoudelijk gaat de communicatie vooral over huishoudelijke taken of persoonlijke verzorging van de cliënt (mantelzorgers en thuiszorgmedewerkers). In NW3 en NW5 plaatsen mantelzorgers ook berichten over regelingen inzake zorg om de thuiszorgmedewerkers op de hoogte te houden. Thuiszorgmedewerkers plaatsen eveneens berichten van aan- of afwezigheid. Vaak worden er ook vriendelijke groeten uitgewisseld en wenst men elkaar goed weekend of prettige vakantie. Gedurende de observatieperiode is in de drie netwerken de zorgbehoefte van de cliënt toegenomen en was er sprake van een toename in inzet van informele en/of formele hulpverleners. Dit heeft bijgedragen aan het actief gebruik

van ConnectedCare in NW3 en NW5. Vanwege het feit dat de communicatie overwegend gericht is op hoe het met de cliënt gaat, duiden we dit type netwerk als het 'overlegnetwerk'.

Het contact netwerk: in dit type netwerk is de cliënt zelf aangesloten, samen met een mantelzorger, maar is er sprake van geringe activiteit (NW4 en NW6). De cliënt plaatst af en toe berichten, soms over zorg, soms over andere zaken, maar er is geen sprake van veel urgentie in deze. In ieder geval minder dan bij het overleg type het geval is. In deze netwerken is de zorgsituatie ook stabiel en loopt alles naar wens. De noodzaak voor communicatie is daarmee minder nodig. Veel van de communicatie gaat dan ook niet over de zorg, maar over aan/afwezigheid of betreft vriendelijke opmerkingen over het weekend. Bovendien melden beide cliënten dat ze de zin er niet zo van inzien, omdat ze liever persoonlijk even bellen met de verzorgenden of de wijkverpleegkundigen. De beide mantelzorgers gebruiken ConnectedCare eveneens niet frequent om te communiceren, maar melden wel dat ze het op prijs stellen om online toegang te hebben tot de informatie die anders via het zorgdossier verkregen zou moeten worden. Een van de mantelzorgers benadrukt ook dat juist de mogelijkheid om korte lijnen te hebben tussen cliënt – mantelzorger – zorgverlening de belangrijkste motivator was om aangesloten te zijn bij ConnectedCare. In dit netwerk is dus de mogelijkheid tot contact met elkaar belangrijk. Ook al is de activiteit in ConnectedCare nu gering vanwege de stabiele zorgsituatie, men acht het wel belangrijk dat men elkaar via ConnectedCare kan bereiken en snel kan communiceren als het nodig is. Vandaar de aanduiding 'contactnetwerk'.

In tabel 1 is te zien dat er in een zorgnetwerk (NW1) in de gehele periode geen activiteit is geweest in ConnectedCare. De belangrijkste reden daarvoor is dat de cliënt al voldoende op andere manieren kan communiceren met de verzorgenden en de wijkverpleegkundigen (mondeling, schriftje, email, whatsapp, sociale media). De familie woont nabij, dus ook daar is de tool niet voor nodig gebleken. Ook bij de vervolggesprekken in augustus en oktober blijkt dat dat men nog steeds via andere kanalen voldoende contact ervaart met de zorgprofessionals. We kunnen concluderen dat er in dit netwerk onvoldoende 'triggers for use' waren.

4.4.2. VERANDERINGEN IN COMMUNICATIEMODUS OVER DE TIJD

In de vragenlijsten hebben we op de verschillende waarnemingen vastgelegd hoe vaak men op welke manier met elkaar communiceert. Dit had tot doel na te gaan of het gebruik van ConnectedCare andere vormen van communicatie (mondeling, telefonisch, per email, via het schrift) zou verminderen. Op basis van deze gegevens zien we een verschuiving van het contact tussen zorgverleners en cliënten in twee van de netwerken (NW4, NW7), waarbij een duidelijke afname in het contact per telefoon en mail zichtbaar is. Eveneens zien we dat er een toename in het contact is tussen zorgverleners en mantelzorgers in ConnectedCare in 5 van de 7 netwerken. Daarbij is er een duidelijke afname in mondeling, telefonisch en mail contact in NW3 en NW6. In NW7 was er ook sprake van een toename in contact tussen mantelzorger en zorgverlener in alle andere modi van communicatie, hetgeen ook te maken kan hebben met het feit dat de wijkverpleegkundige en mantelzorger elkaar in deze periode (beter) hebben leren kennen. We kunnen concluderen dat het gebruik van ConnectedCare ertoe bijdraagt dat contact via andere media (vooral telefoon en email) kan doen verminderen. Dit is ook door de zorgverleners in de mondelinge interviews beaamd.

4.5. CONSEQUENTIES VAN HET GEBRUIK VAN CONNECTEDCARE

In de interviews met cliënten en hulpverleners zijn we nagegaan in hoeverre men gevolgen ervaart van het gebruik van ConnectedCare voor de afstemming van de zorg, de inzet van mantelzorgers en de ervaren kwaliteit van zorg. Bij de cliënten en mantelzorgers hebben we dit ook vastgelegd in de vragenlijsten.

4.5.1. AFSTEMMING VAN ZORG

De respondenten zijn het er overwegend over eens dat het gebruik van ConnectedCare bijdraagt tot een sneller, beter en intensiever contact tussen aangeslotenen. Vooral mantelzorgers benadrukken het voordeel dat iedereen direct op de hoogte is van wat er speelt. Het is duidelijker wie er wat doet en wanneer dat gebeurt. De informatie blijft staan in het systeem en gemaakte afspraken worden daardoor beter gehandhaafd, meldde één van de mantelzorgers. Het grote voordeel is dat de lijnen tussen cliënt-mantelzorger-zorgverlener korter worden en, als het nodig is, men elkaar direct weet te vinden. Daarbij vervangt het andere momenten van overleg via de telefoon of mail, en dat bespaart tijd, vooral voor verzorgenden en wijkverpleegkundigen. Hierbij kan worden opgemerkt dat er velen aangesloten kunnen zijn, zonder dat ze noodzakelijkerwijs actief zijn op ConnectedCare. De tool wordt in grote zorgnetwerken vooral benut om iedereen op de hoogte te houden van de ontwikkelingen.

De cliënten die zijn aangesloten waren verdeeld over het nut van ConnectedCare voor de afstemming van de zorg. Sommigen zagen geen voordelen ervan in, omdat zij liever via persoonlijk contact de zorg met de hulpverleners regelden. De cliënt van NW7 zag de voordelen en de potentie van de tool in de afstemming van de zorg, maar noemde ook vele zaken die de communicatie nog zouden kunnen verbeteren. Hieronder vallen de functionaliteiten van de tool (bijvoorbeeld het invoeren van een afspraak die wekelijks herhaald moet worden), maar ook de mogelijkheid om nog meer hulpverleners van buiten Maartje te kunnen toevoegen.

Daarnaast werd genoemd dat niet alle informatie zomaar op ConnectedCare geplaatst kon worden vanwege de privacy-gevoeligheid van de communicatie. Dat kon de zorgsituatie van de cliënt betreffen, maar ook opmerkingen of klachten over zorgverlening. Door meerdere respondenten werd gemeld dat het inrichten van portalen met verschillende autoriteitsniveaus in dit geval een handige oplossing zou zijn. Dat zou het ook meer mogelijk maken om de huisarts op ConnectedCare aan te sluiten, iets dat meerdere cliënten en mantelzorgers als mogelijk voordeel hebben benoemd.

Een ander punt betrof het gebruiken van meerdere informatiesystemen naast elkaar: ConnectedCare, het zorgdossier bij de cliënt thuis en het planningsysteem van Maarten Life. Mantelzorgers noemden het een nadeel dat informatie nu zowel in het zorgdossier als in ConnectedCare vermeld kon worden, en dat niet duidelijk wat waar moest worden genoteerd. In dit kader werd ook gemeld dat het plaatsen van foto's mogelijk handig zou zijn. Zo zou bijvoorbeeld middels foto's informatie over wondverzorging kunnen worden verspreid. Deze functie is overigens al mogelijk binnen ConnectedCare, maar blijkbaar nog niet voldoende bekend bij de gebruikers.

Voor verzorgenden en wijkverpleegkundigen was de toename in het aantal berichten wel bezwaarlijk omdat dit veel tijd kostte om te lezen. Velen deden dit pas na werktijd, vooral degenen die geen iPhone hadden en berichten via de computer moesten lezen. Het kwam daardoor ook voor dat berichten van mantelzorgers te laat werden opgemerkt en niet adequaat konden worden afgehandeld. Zo kon een verzoek om de zorg die avond te laten vervallen niet meer tijdig in de planning worden verwerkt. Een tijdige afstemming van de zorg vereist dus ook dat alle gebruikers direct op de hoogte zijn van communicatie. Voor mantelzorgers en cliënten die een app op hun iPhone of iPad hadden, was dit goed geregeld. Zij zagen het direct als er berichten van ConnectedCare binnenkwamen. Maar verzorgenden en anderen die niet over deze apparatuur beschikten, kregen de melding dus soms te laat om nog adequaat te kunnen handelen.

4.5.2. INZET EN ERVAREN ZORGLAST MANTELZORGERS

Het gebruik van de tool lijkt op deze korte termijn geen direct effect te hebben op de inzet en ervaren zorglast van de mantelzorgers. Desgevraagd zeggen mantelzorgers dat ze niet meer zorg verlenen. Ze zijn wel meer bezig met de communicatie over de zorg in ConnectedCare,

maar melden dat dit niet veel tijd kost. Als mantelzorgers al meer uren zijn gaan zorgen, dan heeft dat te maken met de toegenomen zorgvraag van de cliënt, niet met het gebruik van de tool. Mantelzorgers melden desgevraagd dan ook dat de ervaren zorglast niet is afgenomen door het gebruik van ConnectedCare.

In dit opzicht is het belangrijk op te merken dat de thuiszorgmedewerkers het voordeel benoemen dat ze meer bekend zijn met hoe de familie de zorgtaken regelt en dat ze dankzij ConnectedCare de betrokken mantelzorgers ook beter hebben leren kennen. Voor verzorgenden was het nog niet erg gebruikelijk om via ConnectedCare te vragen of mantelzorgers bepaalde taken zouden willen uitvoeren. De voorkeur was nog om dit telefonisch te doen. Ook werd opgemerkt dat thuiszorgmedewerkers zich bezwaard voelden om een vraag uit te zetten, als er maar een mantelzorger is aangesloten. Bij aansluiting van meerdere mantelzorgers zouden ze zich minder bezwaard voelen om dit te doen. Tevens werd genoemd dat het aansluiten van een nabije mantelzorger belangrijk is, omdat deze bij een eventueel verzoek in ConnectedCare snel ter plaatse zou kunnen zijn om de situatie in openschouw te nemen, mocht dat nodig zijn.

4.5.3. ERVAREN KWALITEIT VAN ZORG

Diverse mantelzorgers hebben opgemerkt dat ze het een veilig idee vonden dat er snel en direct met zorgverleners kon worden gecommuniceerd via ConnectedCare. Het uitwisselen van informatie gaf het gevoel dat alles goed geregeld was. Over het algemeen werd niet ervaren dat de kwaliteit van de zorg nu verbeterde (die was al heel goed, merkte men vaak op), maar dat vooral de kennis over de zorgsituatie breder werd gedeeld. Er waren sporadisch opmerkingen dat bijvoorbeeld afspraken over medicijngebruik nu beter werden opgevolgd omdat de informatie in ConnectedCare voor iedereen beschikbaar was.

Verzorgenden en wijkverpleegkundigen meldden dat er niet minder zorgmomenten waren en dat de kwaliteit hetzelfde was gebleven. Ook de inzet van de mantelzorgers beoordeelden zij niet als veranderd.

4.6. RANDVOORWAARDEN VOOR GEBRUIK VAN EEN DIGITALE TOOL

Op basis van verkregen inzicht in gebruik en ervaringen met ConnectedCare en informatie uit de interviews met respondenten, geven we hieronder een aantal voorwaarden weer die het gebruik van de tool zouden kunnen faciliteren. Daarbij maken we een onderscheid naar de voorwaarden aan de zijde van de cliënt, de functionaliteit van de tool en de randvoorwaarden in de organisatie. We beperken ons hierbij tot het puntsgewijs weergeven van de voorwaarden.

4.6.1. VOORWAARDEN AAN DE ZIJDE VAN DE CLIËNT DIE GEBRUIK FACILITEREN

- Een pro-actieve cliënt en/of mantelzorger die sterk gemotiveerd is om een digitale tool te gebruiken
- Complexe zorgsituatie die veelvuldig overleg of agendafunctie behelst
- Zorgsituatie die bij tijd en wijle urgent kan zijn; dit speelt vooral bij alleenstaande cliënten
- Opname van meerdere gebruikers voor wie het belangrijk is om op de hoogte te zijn van de ontwikkelingen in de zorgsituatie
- Aansluiting van minstens een gebruiker die nabij woont, zodat ook vervolgstappen snel gezet kunnen worden
- Kennis van pc-gebruik en andere digitale communicatiemethoden bij alle gebruikers
- Cliënt cq mantelzorger zien de meerwaarde van de digitale communicatie en hechten aan contact tussen de driehoek cliënt – mantelzorger – verzorgende/wijkverpleegkundige

4.6.2. GEWENSTE FUNCTIONALITEITEN VAN DE TOOL

- Ook te gebruiken op smartphone en iPad
- Fotofunctie is handig, zodat bijv. progressie met wondverzorging kan worden getoond, maar was niet bij iedereen bekend. Dit is echter wel medische informatie en daarmee privacy-gevoelig
- Melding dat er een bericht is, bij voorkeur via de app-icoon die dit aangeeft
- Melding dat een bericht gelezen is, dan wel een afspraak gezien is
- De repeterende agendafunctie is handig, maar was niet bij iedereen bekend
- Een bericht wijzigen moet mogelijk zijn, nu moet het verwijderd en geheel opnieuw worden getypt
- Privacy-gronden vragen om verschillende autorisatieniveaus; cliënten willen sommige informatie alleen met wijkverpleegkundige bespreken, of mantelzorgers wil soms informatie over de cliënt alleen met de wijkverpleegkundige of verzorgende bespreken
- Het moet iets toevoegen aan een groepsmail of whatsapp groep

4.6.3. RANDVOORWAARDEN IN DE ORGANISATIE

- Helpdesk waar instructie en begeleiding kan worden verkregen, en die direct actie onderneemt op verzoeken om hulp
- Duidelijkheid waarvoor ConnectedCare benaderd kan worden, en wanneer Maartje hulp moet bieden inzake gebruik van de tool
- Per netwerk afspraken maken over wie er aangesloten wordt, wie er berichten plaatst, wie er direct reageert en welke berichten wel of niet worden geplaatst. Hierbij is het wellicht goed om een inschatting te maken of er sprake is van een functioneel netwerk, een overlegnetwerk dan wel een contactnetwerk. Dit bepaalt mede de keuze voor wie er aangesloten zullen worden en wie de belangrijkste personen zijn die de communicatie onderhouden
- Proactief gebruik van de tool door verzorgenden en wijkverpleegkundigen, tijdige reactie op vragen en opmerkingen van cliënten cq mantelzorgers, afspraken maken over wie er reageert op welk verzoek van cliënt en/of mantelzorgers
- Schriftelijke zorgdossier naast ConnectedCare is dubbelop, nu wordt ook informatie over de zorgsituatie in ConnectedCare gemist; probleem is het feit dat sommige informatie valt onder medisch beroepsgeheim
- Abonnement door Maartje zodat het standaard onderdeel is van de zorg en cliënt niet voor het gebruik van de tool hoeft te betalen
- Duidelijkheid over of communicatie via ConnectedCare valt onder werktijd van de verzorgenden en wijkverpleegkundigen
- Een mobiele telefoon voor verzorgenden zodat berichten in ConnectedCare tijdig gezien worden.
- Tijd schrijven voor het checken van berichten in ConnectedCare buiten werktijd.
- ConnectedCare gebruikt geen informatie uit de planner van Maartje in Maarten Life, verzoeken van cliënten om zorg af te zeggen worden soms niet op tijd in de planner verwerkt

5. STAPPEN VOOR IMPLEMENTATIE VAN EEN DIGITALE TOOL IN DE THUISZORG

Hieronder volgt een eerste uitwerking van een stappenplan voor de implementatie van een digitale tool in de thuiszorgorganisatie. Het gaat bij implementeren om een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (Ooms et al. 2011)⁷. Implementeren is een cyclisch proces van doelen stellen, plannen, monitoren, evalueren en doelen bijstellen. Met inachtneming van dit cyclisch proces kan uiteindelijk de implementatie geborgd worden.

Deze algemene fasering van een implementatieproces hebben wij specifiek uitgewerkt voor de door ons bestudeerde situatie: de invoering van een digitale tool in een thuiszorgorganisatie. Het thesisonderzoek van VU master studente Leonie Marres naar de implementatiewijze van Thuiszorg Maartje dient hierbij als input (Marres 2015)⁸. Zie ook de implementatiewijzer in de bijlage voor de verschillende aspecten van een implementatieproces. Het betreft hier pas een eerste aanzet tot het formuleren van een stappenplan. Het ligt in de bedoeling dit in voorjaar 2016 verder te ontwikkelen tot een stappenplan dat door thuiszorgorganisaties kan worden gebruikt die van plan zijn een digitale tool in te zetten om de samenwerking tussen mantelzorgers en zorgprofessionals te verbeteren.

In onze uitwerking onderscheiden we vier stappen in het implementatieproces. De eerste stap betreft de fase van de besluitvorming om de digitale tool in te voeren en het vaststellen van de te bereiken doelen. De tweede stap betreft de voorbereiding, waarin de nodige randvoorwaarden worden georganiseerd en het team wordt ingelicht en voorbereid op het gebruik van de tool. De derde stap betreft de daadwerkelijke inzet van de digitale tool in de praktijk, waarbij selectie van de gebruikers en begeleiding in de praktijk voorop staat. De vierde stap betreft de evaluatie en borging op netwerk en organisatieniveau.

5.1. STAP 1 BESLUITVORMING EN DOELSTELLING

De eerste stap in het implementatieproces wordt door het management genomen. De aanleiding daarvoor ligt ten dele in de hervorming van de langdurige zorg in 2015, die onder meer een 10% korting op het budget voor verpleging en verzorging voorstaat. Het management voorziet dat dit gepaard gaat met veranderingen in de organisatie van de zorg en een nieuwe vorm van samenwerking met mantelzorgers. Thuiszorg Maartje ziet ConnectedCare als middel om de communicatie met mantelzorgers te faciliteren, en besluit tot een proef met deze digitale tool bij een beperkt aantal cliënten in 2015. Hierbij is het belangrijk doelstellingen te formuleren, waaraan getoetst kan worden of de implementatie van de tool succesvol is. Kenmerkend voor deze eerste stap is dus:

- Benoem de concrete aanleiding om de bestaande situatie te veranderen; bijvoorbeeld minder inzet van zorgprofessionals
- Bepaal hoe de nieuwe situatie eruit zou moeten zien: bijvoorbeeld meer inzet van mantelzorgers
- Formuleer concrete doelstellingen: bijvoorbeeld, de gewenste toename in het aantal mantelzorgers dat concrete taken verricht bij de cliënt; de gewenste afname in de tijd die zorgprofessionals besteden aan de cliënt; een afname in traditionele communicatievormen tussen zorgprofessional en mantelzorgers

⁷ Ooms, H., Wilschut, M., & Loon, S. V. (2011). Wegwijs in implementeren. Utrecht: Nederlands.

⁸ Marres, L. (2015) Tussen theorie en praktijk: Een implementatieproces van e-health in de thuiszorg. Master thesis VU Amsterdam.

5.2. STAP 2 RANDVOORWAARDEN EN STRATEGIE

Alvorens de digitale tool daadwerkelijk geïntroduceerd wordt, moet de organisatie op twee wijzen worden voorbereid. De eerste voorbereiding betreft de technische randvoorwaarden, die nodig zijn om de tool in te zetten in de organisatie. Dat betreft nauw overleg tussen de ontwikkelaars van de applicatie en de ICT afdeling van de thuiszorgorganisatie. Afstemming met bestaande systemen inzake planning en medische dossiers is hierbij noodzakelijk, evenals organiseren dat de gebruikers de applicatie makkelijk kunnen bedienen, zo mogelijk via een app op hun mobiel of tablet.

Ten tweede betreft dit het strategisch voorbereiden van het personeel in de organisatie. Hierbij is het van belang dat tijdens informatiebijeenkomsten helder wordt uitgelegd wat het doel is van de implementatie van de nieuwe tool, welke verwachtingen er zijn en hoe men de verwachtingen wil realiseren. In deze fase is het belangrijk dat men voldoende draagvlak creëert voor de inzet van een nieuwe tool, maar evenzo belangrijk is het verhelderen wat het concreet betekent voor het werkproces van de zorgprofessionals in hun omgang met de cliënt. Duidelijk moet worden wie er verantwoordelijk is voor welke taak, bijvoorbeeld de selectie van de cliënten, het digitale contact met cliënt en mantelzorgers, welke informatie er wel en niet mag worden gedeeld en dergelijke.

Cruciaal voor stap 2 is dus:

- Bepaal de technische randvoorwaarden voor een goede introductie en gebruik van de nieuwe applicatie
- Bespreek doelstellingen en verwachtingen van de digitale tool met het personeel
- Ontwerp en communiceer aanpassingen in het werkproces; maak duidelijk wat dit voor een ieders' takenpakket betekent

5.3. STAP 3 HET GEBRUIK VAN DE DIGITALE TOOL

In de derde stap wordt de digitale tool daadwerkelijk in gebruik genomen. Alvorens netwerken aangesloten worden op de digitale tool vindt er overleg plaats tussen wijkverpleegkundigen en verzorgenden over welke cliënten en/of mantelzorgers benaderd kunnen worden met de vraag of ze deel willen nemen aan de digitale tool. Vervolgens wordt bij cliënten het netwerk in kaart gebracht, en met cliënt en mantelzorgers overlegd wie er als gebruikers zullen worden aangesloten op ConnectedCare. Hierbij kan het helpen om een inschatting te maken met wat de belangrijkste overwegingen zijn om het zorgnetwerk aan te sluiten op ConnectedCare. De soorten gebruik uit dit rapport (functioneel, overleg, mogelijk contact) kunnen hierbij als voorbeeld dienen. Gaat het bijvoorbeeld vooral om het gebruik van de agendafunctie, waarbij vooral de cliënt zelf de communicatie aanstuurt, of gaat het meer om het stimuleren van overleg met familie en het breder inzetten van deze familieleden in de zorgverlening. Dat bepaalt welke gebruikers aangesloten worden, maar ook wie er vanuit de zorgorganisatie de communicatie verzorgt, en op welke communicatie men gaat aansturen.

In deze stap gaat het dus om:

- Doelbewuste selectie van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals die worden aangesloten op de digitale tool
- Bepalen van wie de communicatie aanstuurt en wat er gecommuniceerd gaat worden

5.4. STAP 4 EVALUATIE EN BORGING

In de vierde stap is het van belang om het gebruik van de tool regelmatig te evalueren teneinde meer zicht te krijgen op de mate waarin de oorspronkelijke doelstellingen lijken te worden gehaald. Op basis van deze evaluaties kunnen eerder gemaakte keuzes worden bijgesteld. Dit kan de functionaliteiten van de tool betreffen, maar ook de aangesloten gebruikers, of de aard en frequentie van de communicatie. Stappen 3 en 4 worden in feite cyclisch herhaald totdat duidelijk is dat de implementatie van de tool leidt tot het gewenste resultaat. Belangrijk is dat de evaluatie frequent plaatsvindt en dat aanpassingen snel worden doorgevoerd. Het is daarom aan te raden het gebruik van digitale tool onderwerp te maken van de reguliere teambesprekingen.

Bespreekpunten zijn dan:

- Welke netwerken zijn actief, en welke personen binnen die netwerken zijn actief? Is het nodig mensen actief te coachen en te begeleiden in het gebruik? Wie kan dit het beste doen?
- Privacy: is de communicatie privacy gevoelig? Kan het wel op de *interface* vermeld? Bijvoorbeeld klachten, is het niet beter om deze persoonlijk af te handelen?
- Snelheid en adequaatheid van communicatie: wordt tijdig en adequaat gereageerd?
- Match zender/ontvanger van de communicatie: is de reactie door de juiste persoon gegeven?
- Is de communicatie aanvullend dan wel vervangend ten opzichte van andere vormen van communicatie? Is het nodig en mogelijk om andere communicatievormen (schriftje, whatsapp, email, telefoon) door gebruik van ConnectedCare te vervangen?
- Is er behoefte aan gebruik van andere functionaliteiten, zoals de agenda, foto's, beeldbellen e.d.?

Op managementniveau zal op gezette tijden (bijvoorbeeld elk half jaar) besproken worden in hoeverre de verwachtingen en doelstellingen al zijn gerealiseerd en in hoeverre er bijstelling dient plaats te vinden. Indicatoren op dit niveau betreffen vooral het zorgbudget, de inzet en werkplezier van het personeel, en de kwaliteit van het zorgproces. Na een bepaalde proefperiode zal besloten worden of daadwerkelijke borging van de digitale tool in de organisatie zal plaatsvinden, welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn en hoe de werkprocessen hierop zullen worden aangepast.

Deze stap kenmerkt zich dan ook door:

- Regelmatige bespreking op teamniveau van mogelijke knelpunten in het gebruik van de digitale tool en het aanbrengen van gewenste aanpassingen in de tool, de gebruikers of het werkproces
- Geplande bespreking op organisatieniveau van de mate waarin eerder gestelde doelen bereikt zijn
- Besluitvorming inzake de borging van de digitale tool in de organisatie en het nemen van de noodzakelijke beslissingen inzake randvoorwaarden en werkprocessen

6. CONCLUSIES

De resultaten geven aanleiding tot enkele conclusies en aandachtspunten.

Een eerste conclusie is dat de digitale tool een goede aanvulling lijkt op, en zelfs vervanger is van, andere vormen van communicatie (telefoon, mail). Dit lijkt vooral zo te zijn voor zelfredzame cliënten en voor mantelzorgers die nauw bij de organisatie van de zorg betrokken zijn. Zorgprofessionals besparen zo tijd op contact met de betrokkenen.

Ten tweede bevordert de tool dat de informatie breed wordt gedeeld. Hierdoor is het meer duidelijk wie er wat doet en wanneer dit gebeurt. Afspraken worden daarmee beter gehandhaafd en zorgprofessionals hebben een beter beeld wie van de familie bij de zorg betrokken is.

Ten derde biedt de digitale tool de garantie van snel en toegankelijk contact met alle betrokkenen op momenten wanneer daar behoefte aan is. Voor sommigen is dat zeer frequent, voor anderen vooral in tijden van urgentie. De lijnen tussen cliënt, mantelzorger en zorgverlener zijn korter. Vooral mantelzorgers vinden het een veilig idee dat er snel en direct kan worden gecommuniceerd.

Ten vierde is verhelderd welke stappen de organisatie moet doorlopen om een digitale tool te implementeren. Hierbij is duidelijk geworden dat er in de verschillende fasen van de implementatie een aantal voorwaarden zijn te noemen waaraan de organisatie moet voldoen. Heldere doelstellingen vanuit het management, adequate selectie van cliënten, goede instructie en begeleiding bij het gebruik, toegankelijkheid van de tool, en een tijdige evaluatie van de ervaringen, zijn enkele van deze voorwaarden. Wij hebben deze voorwaarden in de vier stappen van het implementatietraject gevat.

Naast deze positieve conclusies zijn er nog enkele aandachtspunten die de implementatie van de tool zouden kunnen verbeteren.

Het eerste aandachtspunt betreft de diversiteit in het gebruik van ConnectedCare in de zorgnetwerken. Dit impliceert dat vooraf afstemming moet plaatsvinden tussen cliënt, mantelzorgers en Thuiszorg Maartje over het doel en aard van het gebruik. Bepaal wat er vooral nodig is: organisatie van de zorg, overleg over de zorg, of beschikbaarheid van contact, en stel dat in de loop van het zorgproces zo nodig bij.

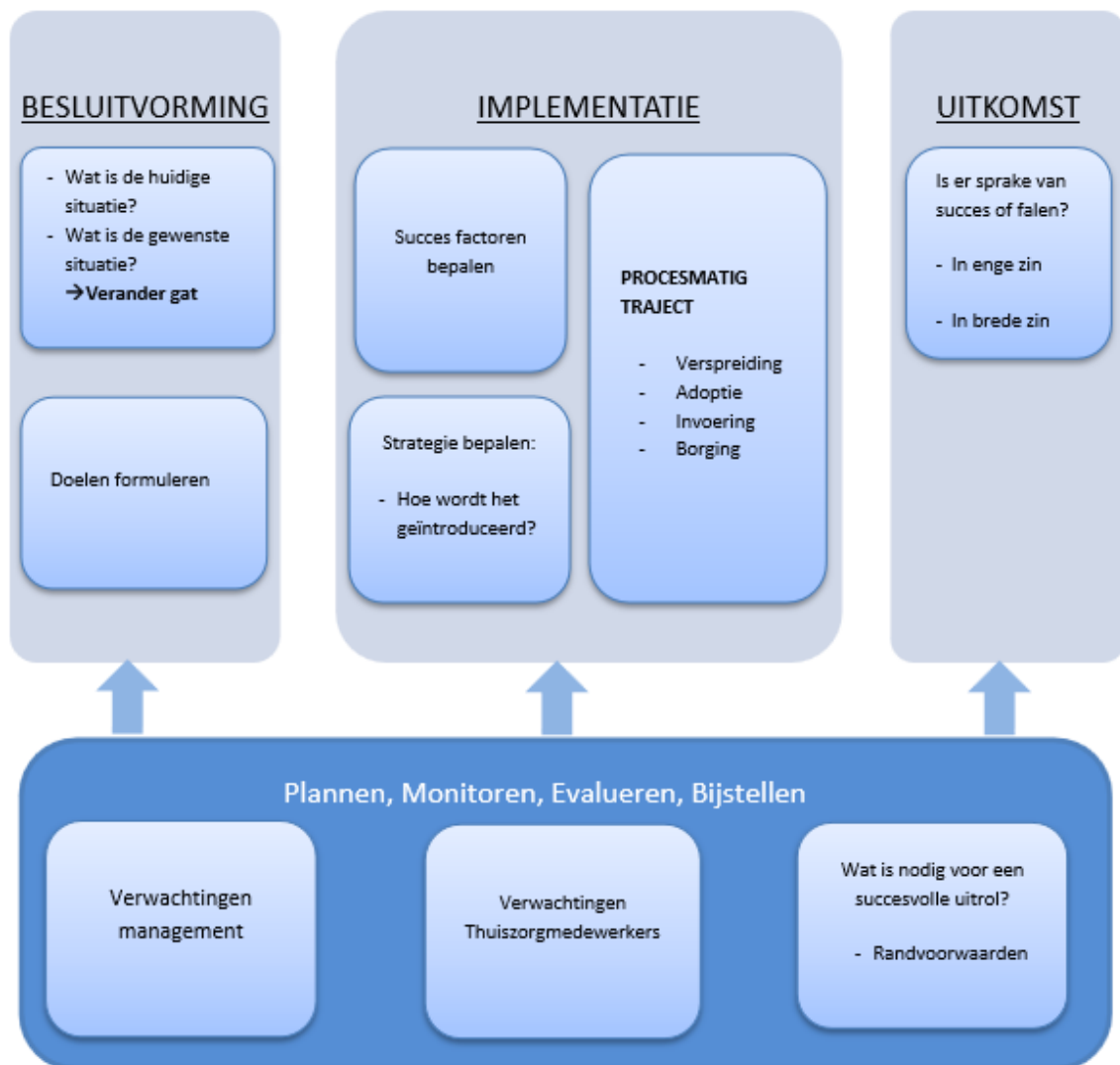
Een tweede aandachtspunt betreft de mogelijkheid om digitale systemen op een plek te integreren. De combinatie van Connectedcare en het zorgdossier is daar een voorbeeld van. Hier moet worden vastgesteld welke informatie in beide dan wel in een van beide communicatiesystemen moet worden vermeld. Als alle communicatie in ConnectedCare opgenomen zou kunnen worden, is het zorgschrift overbodig. Een ander voorbeeld betreft de herhaling van informatie over planning. Nu wordt zowel de agendafunctie van ConnectedCare als het planningsoverzicht in Maarten Life naast elkaar gebruikt. Hier zou moeten worden gezien welke mogelijkheden er zijn om deze informatie uit beide bestanden te synchroniseren.

Een derde aandachtspunt vormt de privacy-gevoeligheid van sommige informatie. Dit vraagt om duidelijke afspraken welke informatie via de digitale tool mag worden gedeeld met anderen, en welke niet.

Een vierde aandachtspunt is dat nog niet iedereen continue toegang heeft tot ConnectedCare. Dit vereist dat men over een geschikt apparaat beschikt (mobiele telefoon, tablet) waarmee via een app toegang verkregen wordt tot het digitale netwerk. Via deze app wordt zichtbaar wanneer er een bericht is geplaatst. Omgang hiermee vereist eveneens enige ervaring met digitale systemen, en dat is bij een aantal mantelzorgers en verzorgenden niet altijd het geval.

Een laatste aandachtspunt is dat deze pilot geen inzicht gaf in de langere termijn consequenties van de inzet van een digitale tool. Tijdens deze kortlopende pilot had het gebruik van de digitale tool geen zichtbare gevolgen voor de inzet en ervaren zorglast van mantelzorgers. De kwaliteit van de zorg bleek evenmin veranderd. Wel rapporteerde mantelzorgers een toegenomen gevoel van veiligheid, vooral omdat er meer zekerheid was dat er zorg zou zijn als dat nodig was. Een vervolgstudie is nodig waarin een grotere groep langere tijd wordt gevolgd om deze vragen te kunnen beantwoorden.

BIJLAGE: DE IMPLEMENTATIEWIJZER



Model 1: Implementatiewijzer (Marres 2015)

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door:



© 2015 Vrije Universiteit, Amsterdam