

De invloed van digitalisering op het beroep van zorgverlener

Afstudeerscriptie
Onderdeel van de Parttime Master Bedrijfskunde, Management van Verandering
Juni 2020
Door Ria Winters

Coach: Dr. Colin Lee
Meelezer: Dr. Irma Bogenrieder

© 2020, Ria Winters

Alle rechten voorbehouden. Het auteursrecht van deze scriptie ligt bij de auteur. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een automatisch gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of op een andere manier, zonder vooraf schriftelijke toestemming van de auteur.

De auteur is verantwoordelijk voor de inhoud van deze scriptie. De inhoud van deze scriptie is origineel en er zijn geen andere bronnen gebruikt dan degenen waarnaar wordt gerefereerd. De Rotterdam School of Management, Erasmus Universiteit is enkel verantwoordelijk voor de onderwijskundige begeleiding en aanvaardt in geen enkel opzicht verantwoordelijkheid voor de inhoud.

Voorwoord

Alweer twee jaar geleden startte ik de Parttime Master Bedrijfskunde. Deze scriptie is de afsluiting van twee hele bijzondere jaren en markeert een bijzonder moment. Eindelijk is het einde in zicht en tegelijk vind ik het jammer dat ik afscheid moet nemen van een bijzondere periode in mijn leven. De afgelopen twee jaar hebben me veel gebracht, de inspirerende colleges, het ontdekken van de wetenschappelijke wereld en het anders leren kijken naar dingen, waarvan ik vooraf geen idee had wat dat betekende. Maar ook de lange dagen en weekenden aan de studie, het afzien soms. Ik ben geconfronteerd met mezelf in negatieve en positieve zin en het heeft mij inzichten gegeven die ik vooraf niet had kunnen bedenken. Wat rest is terugkijken op een fantastische en leerzame tijd die ik voor geen goud had willen missen en die ik zo weer zou doen.

Bij deze wil ik mijn begeleiders, Colin Lee en Irma Bogenrieder bedanken, en Henk, Wendy en Evelien, voor wie het niet te veel was om te reviewen, mij te motiveren of te sparren. En natuurlijk speciale dank aan Frans, Saar en mijn moeder, zonder hun steun was de opleiding en dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Ria Winters
Rotterdam, juni 2020

Samenvatting

Zorg en ziekenhuis zijn veel in het nieuws te vinden en vaak is het niet erg positief. Er wordt door zorgverleners geklaagd over te hoge werkdruk en er sluiten afdelingen van ziekenhuizen door een personeelstekort en ziekenhuizen gaan failliet (“Ruwaard van Putten Ziekenhuis failliet,” 2013; van der Walle & Paauwe, 2018). Op dit moment wordt vooral gesproken over de personeelstekorten (“Aanpak personeelstekort zorg werkt,” 2019; “Er komen meer werknemers in de zorg dan er weggaan,” 2019; van Galen, 2019) en te hoge kosten van de zorg (“Hoe hard stijgen de zorgkosten als we niet ingrijpen?,” 2018; Jansen, 2020; Kuijper, 2016). Het (ING Economisch Bureau, 2019) heeft een rapport gepubliceerd waarin zij aangeven dat in de zorg efficiënter gewerkt moet worden om de personeelstekorten op te vangen en dat digitalisering daar een rol in kan gaan spelen. Gedreven door personeels- en geldtekort in combinatie met technologische ontwikkelingen schetst een toekomstbeeld van meer inzet van technologische middelen in de zorg. Een toekomst waar meer data van patiënten beschikbaar is en meer mogelijkheden voor zorg op afstand zijn waardoor patiënten minder vaak of korter opgenomen worden in het ziekenhuis. Met de technologische mogelijkheden lijkt de trend te zijn dat de oplossing van het te kort aan personeel wordt gezocht in het gebruik van techniek, waardoor het werk van zorgverlener in een digitale transitie zit van zorg aan het bed naar meer zorg op afstand. Het doel van dit onderzoek is om door de beleving en de waarheid van de zorgverlener te onderzoeken om zo te kunnen beschrijven hoe digitalisering het beroep van zorgverlener mogelijk verandert.

Om dit te beantwoorden is een case study uitgevoerd vanuit een sociaal-constructionistisch perspectief. Daarvoor zijn, onder een team zorgverleners welke ziekenhuisverplaatste zorg leveren met een technische component, semi-gestructureerde interviews gehouden. Met als doel de beleving, mening en ervaring te onderzoeken van zorgverleners over hoe digitalisering hun werk beïnvloedt. Het onderzoek concludeert dat het beroep van zorgverleners zich meer specialiseert en dat een taak als coachen, opleiden en begeleiden van patiënten en zorgverleners onderdeel is van hun werk. Door de specialisatie van hun werk kunnen standaard zorgtaken worden uitbesteedt aan anderen, een zorgverlener wordt meer een specialist dan een verzorgende en heeft specifieke (technische) kennis om patiënt en zorgteam te kunnen begeleiden. Het onderzoek toont ook aan dat ondanks de technische mogelijkheden het persoonlijk contact, het menselijke aspect belangrijk blijft om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven waarborgen.

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Doel en onderzoeksvraag	7
2. Literatuur.....	7
2.1 Professionalisering, deprofessionalisering en rationalisering	7
2.2 Kwaliteit.....	8
2.3 Relatie patiënt – zorgverlener	8
2.4 Digitalisering	9
3. Methodologie	10
4. Resultaten	12
4.1 Coachen/Begeleiden	14
4.2 Specialist.....	14
4.3 Verdwijnen subjectiviteit	14
4.4 Digitale manier van werken.....	15
4.5 Persoonlijk contact.....	16
4.6 Data gestuurde zorg	16
4.7 Visuele weergave invloed van digitalisering.....	19
5 Discussie en Conclusie	20
5.2 Theoretische implicaties	21
5.3 Praktische implicaties.....	22
5.4 Beperkingen van het onderzoek	22
5.5 Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	22
5.6 Conclusie	23
Literatuurlijst.....	24
Bijlage I: Opzet interviews zorgverleners.....	28

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Zorg en ziekenhuis zijn veel in het nieuws te vinden en vaak is het niet erg positief. Er wordt door zorgverleners geklaagd over te hoge werkdruk en er sluiten afdelingen van ziekenhuizen door een personeelstekort en ziekenhuizen gaan failliet (“Ruwaard van Putten Ziekenhuis failliet,” 2013; van der Walle & Pauwe, 2018). Op dit moment wordt vooral gesproken over de personeelstekorten (“Aanpak personeelstekort zorg werkt,” 2019; “Er komen meer werknemers in de zorg dan er weggaan,” 2019; van Galen, 2019) en te hoge kosten van de zorg (“Hoe hard stijgen de zorgkosten als we niet ingrijpen?,” 2018; Jansen, 2020; Kuijper, 2016). Het (ING Economisch Bureau, 2019) heeft een rapport gepubliceerd waarin zij aangeven dat in de zorg efficiënter gewerkt moet worden om de personeelstekorten op te vangen en dat digitalisering daar een rol in kan gaan spelen. Tegelijk verschijnen er berichten in de media dat de kwaliteit van zorg niet goed genoeg is (“Code rood in de zorg,” 2020), een onderzoek voornamelijk uitgevoerd onder zorgverleners. Je zou kunnen concluderen dat volgens zorgverleners de kwaliteit van zorg omhoog moet en volgens bestuurders het efficiënter moet. Dit lijkt een spanningsveld te veroorzaken tussen kwaliteit en kwantiteit, tussen professionals (Wilensky, 1964) en niet professionals, de zorgverlener en de bestuurder.

Met hun strategie beschreven in (*Koers 23 Technologie en Toewijding*, 2019) lijkt het Erasmus MC patiëntgerichte zorg (Toewijding) en techniek (Technologie) te willen verbinden. Zij willen met nieuwe systemen nieuwe mogelijkheden creëren om meer waarde toe te voegen voor patiënten, het streven is om het eerste technische UMC van Nederland te worden en zetten sterk in op technologie. Zij noemen als één van de belangrijkste externe trends: “Technologische en digitale mogelijkheden die grote verandering teweegbrengen(disruptie)”. In zijn boek de “Fourth Industrial Revolution” schrijft (Schwab, 2016) over technologische ontwikkelingen die mogelijk ook van invloed (gaan) zijn op zorgverleners, zoals Internet of Things (IoT), Robotisering, Big Data en Artificial Intelligence (AI). Schwab spreekt over een industriële revolutie omdat naar zijn idee we als maatschappij en als mens voor grote veranderingen staan vergelijkbaar met de impact van de drie vorige industriële revoluties.

Technologie in de zorg gaat niet vanzelfsprekend goed samen. Volgens (Barnard & Sandelowski, 2001) is de rode draad in wetenschappelijke literatuur over verpleegkundige zorg, dat technologie een ander paradigma heeft dan humane zorg. Oftewel dat zij onverenigbaar zijn. In zijn kenniscollege over “Beleving” zegt Juup Essers: “als een patiënt pijn heeft is de beleving van de verpleegkundige aan het bed belangrijk om goed te kunnen handelen.” En (Schwab, 2016) benoemt in zijn boek dat hoe digitaler de wereld wordt, hoe groter de nood om je mens te voelen, gevoed door relaties en sociale contacten. Andere studies laten zien dat zorgverleners werkzaam in bureaucratische organisaties zich minder bezighouden met de waarden van professionalisme (Harrison & Smith, 2003; Kitchener, Caronna, & Shortell, 2005) en (Walczak & Ritzer, 1988) noemen naast bedrijfsmatig organiseren, technologische vooruitgang als één van de oorzaken van het verlies van professionele waarden als autonomie en het belang van de patiënt centraal stellen. (Koivunen & Saranto, 2018) concluderen dat verpleegkundigen nog steeds enigszins negatief staan tegenover zorg op afstand en suggereren om uit te zoeken hoe deze verandering wel geaccepteerd zou kunnen worden.

Gedreven door personeels- en geldtekort in combinatie met technologische ontwikkelingen schetst een toekomstbeeld van meer inzet van technologische middelen in de zorg. Een toekomst waar meer data van patiënten beschikbaar is en meer mogelijkheden voor zorg op afstand zijn waardoor patiënten minder vaak of korter opgenomen worden in het ziekenhuis. Met de technologische mogelijkheden lijkt de trend te zijn dat de oplossing van het te kort aan personeel wordt gezocht in het gebruik van techniek, waardoor het werk van zorgverlener in een digitale transitie zit van zorg aan het bed naar meer zorg op afstand. Het roept een beeld op waarbij de zorgverlener zich bevindt in een omgeving waar de menselijke relatie, het persoonlijke contact

belangrijk is om kwalitatief optimale zorg te kunnen verlenen en waar tegelijkertijd technologische ontwikkelingen plaatsvinden die de menselijke interactie juist lijken te verminderen.

1.2 Doel en onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is om, door de beleving en de waarheid van de zorgverlener te onderzoeken, de werkelijkheid van de zorgverlener te achterhalen om zo te kunnen beschrijven hoe digitalisering het beroep van zorgverlener mogelijk verandert. Mogelijk kunnen de uitkomsten ook een bijdrage leveren bij organisatieveranderingen door verdere digitalisering van ziekenhuiszorg omdat wanneer je kunt leren van welke betekenis de zorgverlener geeft aan dit thema, het inzicht kan geven voor toekomstige (digitale) veranderingen.

Om te begrijpen hoe zorgverleners ervaren hoe digitalisering hun beroep verandert, volgt de onderzoeksvraag:

Hoe beïnvloedt digitalisering in ziekenhuizen het beroep van zorgverlener?

2. Literatuur

Om het begrip digitalisering en de mogelijke invloed ervan op het beroep van zorgverlener te begrijpen, is de literatuur bestudeerd op het gebied van professionalisering en hoe de status van het beroep mogelijk beïnvloed wordt door “formal rationality” (Kalberg, 1980). Het kenmerk van professionalisering wat vermoedelijk het meeste wordt beïnvloed, de beste zorg voor de patiënt gaat altijd voor (Wilensky, 1964), heeft geleid tot een verkenning van de invloed van digitalisering op de kwaliteit van zorg. Omdat het in beroep van zorgverlener gaat om de zorg voor mensen, is ook gekeken naar de mogelijke invloed van techniek op de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Tot slot een beknopte toelichting op het begrip digitalisering en ontwikkelingen op het gebied van digitalisering welke mogelijk van invloed zijn op het werk van zorgverleners nu en in de toekomst.

2.1 Professionalisering, deprofessionalisering en rationalisering

Omdat in zijn tijd veel beroepen zich professional gingen noemen heeft (Wilensky, 1964) met zijn artikel proberen duidelijkheid te creëren wanneer een bepaald beroep het stempel professional zou mogen krijgen. Hij heeft hiervoor een aantal kenmerken beschreven van een professional, waarvan één kenmerk vermoedelijk een relatie heeft met de invloed van digitalisering op de professionele status van het beroep van zorgverlener. Het betreft de morele standaard waaraan een professional zich moet conformeren, het belang van de patiënt gaat altijd voor persoonlijk en commercieel belang (Wilensky, 1964). (Wilensky, 1964) schrijft dat in gemengde organisaties, met een professionele en een bureaucratische cultuur, vermenging ontstaat, welke invloed hebben op de klantgerichtheid van de professional. Het lijkt aannemelijk dat door digitalisering een meer rationele en bureaucratische werkwijze ontstaat welke vermoedelijk van invloed is op dit kenmerk van een professional. (Kalberg, 1980) heeft onderzoek gedaan naar rationaliteit op basis van de beschrijvingen van Max Weber. Hij heeft vier vormen van rationaliteit geïdentificeerd waarvan er twee van toepassing lijken te zijn op dit onderzoek, “substantive rationality” en “formal rationality”. Voor zorgverleners is het belangrijkste aspect, dat de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk is (substantive rationality) en in bureaucratische organisaties zoals ziekenhuizen zijn regels, wetten en controleerbaarheid van de regels steeds belangrijker geworden (formal rationality). Bijvoorbeeld door het sturen op jaarcijfers, het hanteren van strikte zorgprotocollen of de afspraken met zorgverzekeraars over het aantal patiënten die behandeld mogen worden per jaar. (Walczak & Ritzer, 1988) spreken van een verlies van “substantive” waarden als autonomie, autoriteit over patiënten en onvoorwaardelijk het belang van de patiënt vooropstellen. Het verminderen van “substantive rationality” schrijven zij toe aan kenmerken van “formal rationality” als het efficiënter organiseren van zorgprocessen en technologische vooruitgang. Zij stellen dat de verspreiding van “formal rationality” de hoofdoorzaak is van deprofessionalisering, omdat techniek (“formal rationality”) een grotere rol gaat spelen dan “substantive rationality”. (Reich, 2012) suggereert dat het steeds afhankelijker worden van digitalisering, de capaciteiten van een arts om een diagnose te stellen verminderen en dat dat mogelijk leidt

tot devaluatie van de waardering voor minder aantoonbare waarden als sociale en emotionele aspecten, maar dat deze net zo belangrijk zijn voor het welzijn van een patiënt.

(Kalberg, 1980; Reich, 2012; Wilensky, 1964) veronderstellen dat door het formaliseren van organisaties, het professionele kenmerk “het belang van de patiënt altijd vooropstellen”, onder druk is komen te staan. Kalberg en Reich noemen ook de invloed van techniek en digitalisering als oorzaak van vermindering van “substantive rationality”. Wanneer digitalisering de kwaliteit vermindert, is dit niet in het belang van een patiënt, waardoor digitalisering mogelijk indirect zorgt voor deprofessionalisering.

2.2 Kwaliteit

De beste kwaliteit nastreven is één van de kenmerken van een professional, de zorg voor de patiënt gaat altijd voor. De vraag is of digitalisering een positieve of negatieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg en daarmee op de professionele status en het werk van een zorgverlener. (Brennan & Bakken, 2015) zijn positief over de invloed van digitalisering op de kwaliteit van zorg, met behulp van Big Data is bijvoorbeeld het valrisico van een patiënt te voorspellen. (Buntin, Burke, Hoaglin, & Blumenthal, 2011) zijn in hun onderzoek naar de implementatie van een elektronisch patiëntendossier (EPD) ook positief over digitalisering. Maar volgens (Agarwal, Gao, DesRoches, & Jha, 2010a) is de impact van digitalisering in de zorg op de kwaliteit, kostenbesparing en efficiëntie minimaal en (Black et al., 2011) hebben met hun onderzoek naar de impact van digitalisering op kwaliteit en veiligheid in de zorg, niet voldoende empirisch bewijs gevonden dat de kwaliteit van zorg verbetert. Wel zijn (Agarwal, Gao, DesRoches, & Jha, 2010b; Black et al., 2011) het er over eens dat de menselijke factor bij implementatie van digitalisering in de zorg belangrijk is.

De literatuur is niet eenduidig is over de invloed van digitalisering op de kwaliteit van zorg, mogelijk heeft het te maken met de onbekendheid van zorgverleners met de mogelijkheden van digitalisering, (Kennedy & Moen, 2017) geven aan dat het een belangrijke stap is om zorgverleners te scholen op het gebied van digitalisering omdat zij nu nog vaak onbekend zijn met de digitale mogelijkheden.

2.3 Relatie patiënt – zorgverlener

Het lijkt een vanzelfsprekendheid te zijn dat hoe meer technologie er is hoe minder menselijk contact er is, ook in de literatuur wordt dit beschreven. (Barnard & Sandelowski, 2001) schrijven dat de rode draad in wetenschappelijke literatuur over verpleegkundige zorg is, dat technologie een ander paradigma heeft dan humane zorg. Oftewel dat zij onverenigbaar zijn. (Barnard & Sandelowski, 2001) betogen echter dat ontmenselijking, depersonaliseren, of objectificeren niet zozeer wordt veroorzaakt door de technologie, maar hoe technologie gebruikt wordt in een bepaalde context, de betekenis die eraan gegeven wordt, welke betekenis een individu of een groep aan menselijkheid geeft en de potentie van techniek om de nadruk te leggen op efficiëntie en rationaliteit. Zowel technologie als menselijke zorg, zo zeggen zij, zijn sociale geconstrueerde entiteiten.

(Bauer, 2004) betoogt dat om een vertrouwensrelatie op te bouwen met een patiënt er begrip en empathie nodig is, dit bouw je op door persoonlijk contact. Zonder non-verbale signalen wordt dat lastiger. Artsen lopen het risico om hun patiënten te objectificeren doordat zij uitgaan van de data rondom de patiënt en minder of niet de subjectieve ervaring van de patiënt zelf meenemen. Daardoor is het gevaar, volgens Bauer, dat de arts de patiënt onbewust ontmenselijkt en de patiënt alleen nog maar ziet als abstracte data.

Of en hoe de professionele relatie tussen patiënt en zorgverlener is veranderd door digitalisering of aan het veranderen is en hoe dit het beroep van zorgverlener beïnvloedt is niet bekend, maar aannemelijk is wel dat digitalisering van invloed is op hoe patiënt en zorgverlener met elkaar omgaan.

2.4 Digitalisering

Met de term digitalisering wordt bedoeld de ontwikkelingen in de maatschappij die te maken hebben met gebruik van digitale informatie en hulpmiddelen. In deze paragraaf een beschrijving van de ontwikkelingen welke het meest relevant zijn in de huidige ziekenhuiszorg of mogelijk het meest relevant zijn in de nabije toekomst. In zijn boek de “Fourth Industrial Revolution” schrijft (Schwab, 2016) over technologische ontwikkelingen, welke mogelijk ook van invloed (gaan) zijn op zorgverleners zoals Internet of Things, Artificial Intelligence en Big Data. In het ziekenhuis van de case study, het Erasmus MC, zijn een aantal ontwikkelingen gemeengoed, zoals o.a. het gebruik van een Elektronisch Patiëntendossier (EPD), Zorg op afstand door het Centrum voor Thuisbeademing (CTB), digitale uitwisseling van patiëntengegevens tussen apparatuur en andere ziekenhuizen, digitale communicatie tussen ziekenhuis en patiënt, het gebruik van “slimme bedden” en het polsbandje van de patiënt waardoor deze binnen het ziekenhuis is te traceren. Vooraf maak ik geen onderscheid in de diverse soorten, het is allemaal te vatten onder digitalisering. Mocht blijken dat gedurende het onderzoek zorgverleners een andere beleving hebben bij het begrip, dan pas ik het aan. Het is mogelijk dat een zorgverlener ook denkt aan biomedische toepassingen. Onderstaand een beschrijving van drie ontwikkelingen die vermoedelijk de meeste invloed hebben op de manier waarop zorg is georganiseerd.

Internet of Things (IoT) en Wearables

(Dimitrov, 2016) beschrijft IoT als een netwerk van fysieke apparaten voorzien van sensors en software met toegang tot het netwerk waardoor apparaten data kunnen uitwisselen. (Farahani et al., 2018) voorspellen dat door het gebruik van wearables meer “Patiëntgerichte zorg” kan worden gerealiseerd. De wearables genereren data welke op afstand m.b.v. AI kunnen worden beoordeeld, dit zou zelfs voor implantaten kunnen gelden zoals pacemakers. Door het gebruik van wearables krijgt patiëntgerichte zorg betekenis (Farahani et al., 2018). Met IoT kan mogelijk ook medische apparatuur gekoppeld gaan worden aan het netwerk, de data van deze apparatuur is op afstand te beoordelen door een zorgverlener waardoor deze niet fysiek bij de patiënt aanwezig hoeft te zijn.

De technologische ontwikkeling van IoT en wearables gaat mogelijk leiden tot meer zorg op afstand. (Porter-O’Grady, 2014) stellen dat er voor verpleegkundigen veel gaat veranderen, zij zijn nu nog vooral werkzaam in ziekenhuizen. Zij denken dat het aantal ziekenhuisopnames omlaag zal gaan omdat de zorgverlening verplaatst naar de patiënt thuis. Een verpleegkundige krijgt daardoor meer te maken met digitale media voor het beoordelen, volgen, evalueren en managen van de (data van) patiënten. Op basis van de beschikbare data kan meteen actie worden ondernomen. Wanneer deze ontwikkeling doorzet heeft dit zeer waarschijnlijk invloed op het beroep van zorgverlener.

Artificial Intelligence (AI)

De impact van AI op de zorg is vooral positief, betogen (Fogel & Kvedar, 2018), omdat AI vooral ingezet kan worden voor routinematige handelingen waardoor artsen meer tijd vrij hebben voor intermenselijke contacten met patiënten, AI zorgt ervoor dat de gezondheidszorg menselijker wordt. De huidige banen zullen wel veranderen en AI kan er voor zorgen dat bijvoorbeeld het beoordelen van radiologiebeelden veel goedkoper en sneller kan dan een radioloog dat kan, de radioloog wordt meer een informatiespecialist (Jha & Topol, 2016). (Erikson & Salzmann-Erikson, 2016) verwachten dat in de toekomst meer mensen werken met robots en AI, dit kan betekenen dat een verpleegkundige communiceert met de persoonlijke robot van de patiënt in plaats van rechtstreeks met de patiënt.

Big Data

(Brennan & Bakken, 2015) schrijven dat Big data belangrijk is voor zorgverleners omdat het de mogelijkheid biedt om de beleving van de patiënt beter te begrijpen. Het met Big data ontstane completere beeld van de patiënt kan bijvoorbeeld worden gebruikt om persoonlijke behandelplannen op te stellen en het effect daarvan te meten.

De bestudering van de literatuur geeft geen eenduidig beeld van de invloed van digitalisering op het beroep van zorgverlener. Verondersteld wordt dat door techniek het begrip “het belang van de patiënt altijd vooropstellen” onder druk is komen te staan, de literatuur is hier echter niet eenduidig over. Of en hoe de professionele relatie tussen patiënt en zorgverlener is veranderd of aan het veranderen is en hoe dit het beroep van zorgverlener beïnvloedt is niet bekend, maar aannemelijk is wel dat digitalisering van invloed is op hoe patiënt en zorgverlener met elkaar omgaan. Wanneer deze relatie veranderd kan dit van invloed zijn op de kwaliteit van zorg en is dit mogelijk van invloed op het beroep van zorgverlener op het professionele kenmerk van het hooghouden van de morele standaard, de zorg van de patiënt altijd voorop.

3. Methodologie

Het onderzoek ga ik benaderen vanuit een sociaal-constructionistisch perspectief, iedereen construeert zijn eigen werkelijkheid (Easterby-Smith, Richard, Jackson, & Jaspersen, 2018). Dit filosofisch perspectief geeft mij de mogelijkheid de beleving, mening, ervaring en de betekenis die de zorgverlener geeft aan het effect van digitalisering op hun werk, te analyseren. Ik ga ervan uit dat mijn waarneming en analyse subjectief is. Door mijn werkervaring in de zorg, als diegene die techniek/IT implementeert, ben ik bekend met het te onderzoeken onderwerp, maar dan vanuit een ander perspectief dan de zorgverlener. Ik ben echter niet bekend met het team en het werk wat zij doen.

Het onderzoek wordt inductief uitgevoerd om te begrijpen wat de thema's zijn die zorgverleners ervaren m.b.t. digitalisering.

Context

Het CTB is onderdeel van het Erasmus MC. Het Erasmus MC is één van de academische ziekenhuizen in Nederland. Het motto uit Koers 23 is Technologie & Toewijding, aandacht in de zorg voor patiënten in een door technologie snel veranderende omgeving. Het Erasmus MC heeft ongeveer 14.000 medewerkers verdeeld over patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs en ondersteunende diensten.

Het CTB is een afdeling binnen het Erasmus MC wat patiënten begeleidt die buiten het ziekenhuis worden beademd. Het centrum levert zorg aan patiënten welke chronisch moeten worden beademd en waarbij dit thuis mogelijk is. Zij doen dit voor de regio Zuid-Holland, Zeeland en het westen van Noord-Brabant. Naast het CTB Rotterdam zijn er nog drie andere thuisbeademingscentra in Nederland. Deze centra maken afspraken met elkaar om de zorg en veiligheid van patiënten te waarborgen. Het CTB werkt verder samen met instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen in de regio.

Het CTB heeft 30 jaar ervaring in het leveren van complexe medisch-technische zorg in de thuissituatie, zij hebben een voortrekkersrol bij verdere innovatie van zorg op afstand. Afgelopen jaar is een studie uitgevoerd onder de thuisbeademingscentra waarbij beademingsapparatuur op afstand kan worden uitgelezen, de Homerun studie (“HOMERUN Initiation of home mechanical ventilation at home in a selective group of patients with chronic hypercapnic respiratory failure in the Netherlands.,” 2019). De eerste fase is dat de patiënt thuis kan worden ingesteld in plaats van in het ziekenhuis op een ic-bed waarvoor wachtlijsten zijn. Het vervolg zal zijn dat data op afstand kan worden uitgelezen waardoor het waarschijnlijk is dat de werkwijze van het CTB zal veranderen van voornamelijk vooraf geplande huisbezoeken naar een meer op data gebaseerde planning van huisbezoeken en patiëntcontact. Op basis van data wordt dan wel of niet contact gezocht met patiënten, waarmee een pro-actievare vorm van zorgverlening ontstaat. Voor de toekomst is de verwachting dat het CTB ook voor andere ziektebeelden dan beademing zorg op afstand gaat leveren. Om dit te realiseren wordt geïnvesteerd in nieuwe technologie. Omdat Patiënten van het CTB niet zijn opgenomen in het ziekenhuis, maar wel afhankelijk van medische apparatuur levert het team zorg op afstand en is het werk technisch van aard. Het team bestaat uit 8 verpleegkundigen, 3 artsen, 3 secretariael medewerkers, een ICT-er en een medisch technicus.

Holistic-single-case study

De onderzoeksstrategie betreft een “holistic single-case study”, een holistic case study heeft de voorkeur boven embedded single-case study wanneer er geen logische subunits kunnen worden geïdentificeerd (Yin, 2017). Een case study biedt de mogelijkheid om diepgaand te focussen op een case (Yin, 2017). Met het uitvoeren van een case study wordt beoogd een theorie te ontwikkelen, niet om een theorie te testen daarom wordt theoretical sampling gebruikt (Eisenhardt & Graebner, 2007). Theoretical sampling betekent dat cases gekozen worden op basis van geschiktheid om theoretisch inzicht te geven in het te onderzoeken fenomeen, de case hoeft niet representatief te zijn voor een bepaalde populatie omdat er geen hypothesen worden getoetst (Eisenhardt & Graebner, 2007). (Yin, 2017) noemt dit “analytic generalization” en schrijft: “A fatal flaw in doing case studies is to consider statistical generalization to be the way of generalizing the findings from your case study. This is because your case or cases are not “sampling units” and also will be too few in number to serve as an adequately sized sample to represent any larger population” (blz:10/32). “Analytic generalization” kan meer inzicht geven in hoe en waarom vragen (Yin, 2017) en sluit daarom aan bij het sociaal-constructivistisch perspectief van het onderzoek om te analyseren hoe een zorgverlener betekenis geeft aan digitalisering op het werk.

Omdat een case niet representatief hoeft te zijn, wordt een case om andere redenen geselecteerd. De case van dit onderzoek, het CTB, is gekozen op basis van waarschijnlijke geschiktheid om theoretisch inzicht te geven (Eisenhardt & Graebner, 2007) en omdat de case een ongewone case is (Yin, 2017). Het bijzondere aan het CTB is, dat het zorg op afstand levert met een technische component, de verwachte veranderingen in de zorg op het gebied van zorg op afstand zijn in dit team (deels) aanwezig. Het biedt kansen om het perspectief van de zorgverlener, op digitale ontwikkelingen en de impact ervan op hun werk, van binnenuit te begrijpen (Eriksson & Kovalainen, 2016), daardoor is het aannemelijk dat de antwoorden van dit team bijdragen aan meer theoretisch inzicht hoe digitalisering het beroep van zorgverlener beïnvloedt (Eisenhardt & Graebner, 2007).

Dataverzameling en analyse

De geïnterviewden is verteld over het doel van het onderzoek, Zij werkten vrijwillig mee aan de interviews en zij zijn op de hoogte dat de interviews worden opgenomen. Hun medewerking is anoniem, bij het eventueel opnemen van quotes in teksten zal verwezen worden naar zorgverlener 1, 2 enz. De interviews hebben plaatsgevonden in een aparte ruimte zodat privacy gewaarborgd is en duurden ongeveer 60 minuten. De dataverzameling is gestart met twee semigestructureerde interviews met vragen gebaseerd op het literatuuronderzoek en mijn werkelijkheid omdat ik nog niet bekend ben met de beleving van de zorgverlener. De twee interviews zijn getranscribeerd en vervolgens gecodeerd in de 1^{ste} order analyse (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013). Tijdens dit proces zijn in de eerste stap nog geen categorieën gedestilleerd, maar zoveel mogelijk letterlijk gecodeerd wat de geïnterviewde zegt, dit komt overeen met open coding van (Corbin & Strauss, 2008). Vervolgens zijn er overeenkomsten en verschillen gezocht in de categorieën waardoor het aantal categorieën kleiner is geworden, deze categorieën hebben beschrijving (Gioia et al., 2013) gekregen, deze stap komt overeen met axiaal coderen van (Corbin & Strauss, 2008). Het resultaat van de analyse zijn een aantal 1st order concepten. De vragen die die de gevonden concepten oproepen worden gebruikt in de vervolg interviews. In de 2nd order analyse zijn vanuit de concepten thema's gevormd (Gioia et al., 2013).

Het proces van data verzamelen en analyseren heeft zich herhaalt, als een circulair proces (Corbin & Strauss, 2008), totdat het er geen vrijwilligers meer waren die mee wilden werken. Op dat moment kwamen er ook geen nieuwe concepten en thema's meer naar voren en was er sprake van “theoretical saturation” (Corbin & Strauss, 2008). In de derde stap zijn de 2nd order thema's geaggregeert tot dimensies waarmee een datastructuur is opgebouwd (Gioia et al., 2013).

Er zijn 6 semigestructureerde interviews gehouden onder zorgverleners, waarvan de eerste met de leidinggevende van het team. Rondom de formele interviews was bij elk interview ruimte voor informeel contact met de geïnterviewde. Hoewel vaak sterker verwoord dan wat er in het anonieme en formele

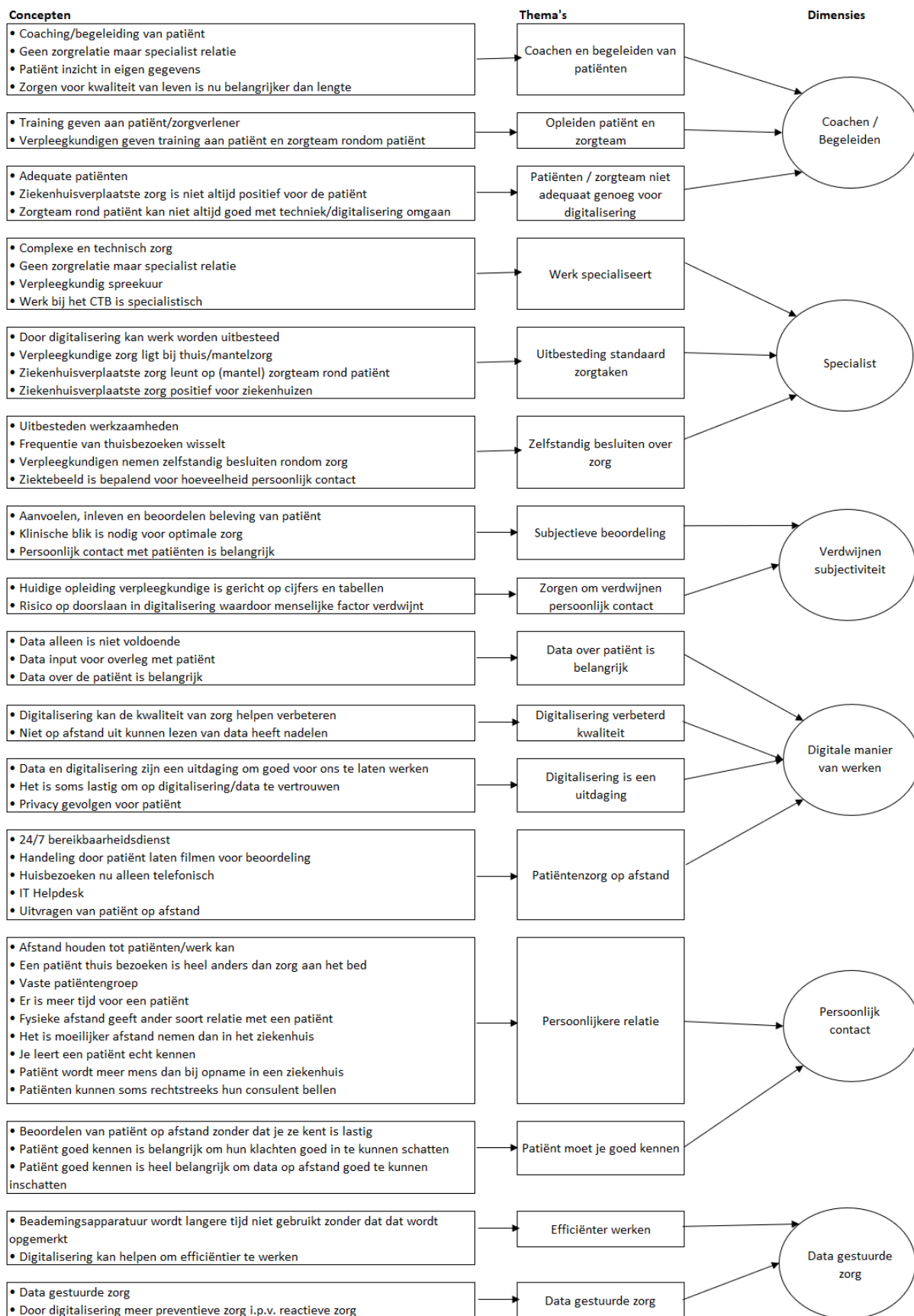
interview werd gezegd was dit wel een bevestiging van wat er in het formele interview werd verteld. De interviews vonden plaats tussen 4 februari 2020 en 29 april 2020 en duurden gemiddeld 52 minuten. Een specifiek overzicht van de individuele participanten kan niet worden geboden omdat dit de citaten van respondenten bekend zou maken. Naast de interviews is documentatie van het CTB bestudeerd, het thuis instelprotocol i.v.m. Covid-19 ("Instelprotocol in de thuissituatie van NIV 20200402b," n.d.), de aanbesteding voor de aanschaf nieuwe apparatuur ("139815 Beademings-, randapparatuur, onderhoud en 24/7 service NFU 4 CTB's," n.d.), de website over scholing van de gezamenlijke CTB's ("CTB Scholing," n.d.) en de concept visie over het CTB ("Visie Innovatie CTB - Concept," n.d.).

Op basis van de datastructuur en diepgaande kennis van de data is een model opgebouwd waarbij de dynamische relatie tussen concepten, thema's en dimensies worden weergegeven (Gioia et al., 2013). Naast de modellen worden de resultaten beschreven waarin de thema's en dimensies worden toegelicht, ter onderbouwing worden citaten van geïnterviewden opgenomen in het verhaal (Gioia et al., 2013). Figuur 1 geeft gestructureerd weer hoe de ruwe data resulteert in een gestructureerde vorm. In hoofdstuk 4 worden de thema's en dimensies gedetailleerder beschreven.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten beschreven die volgen uit de interviews en het bestuderen van de documentatie. De opbouw van het hoofdstuk is als volgt, per paragraaf wordt één van de gevonden dimensies beschreven, te weten coachen, specialist, verdwijnen subjectiviteit, digitale manier van werken, persoonlijk contact en data gestuurde zorg. Elke paragraaf behandelt de thema's die tot een dimensie hebben geleid en tot slot wordt in de laatste paragraaf beschreven hoe de dimensies elkaar beïnvloeden en welke factoren van invloed zijn op de professionele status van zorgverlener. In Figuur 1 toont de datastructuur, waar de concepten zijn gegroepeerd tot thema's en vervolgens de thema's tot dimensies. De thema's en dimensies vormen de basis voor het model in Figuur 2. Figuur 1 en 2 zijn niet bedoeld als causaal model maar zijn bedoeld om de relaties tussen de thema's weer te geven. Tabel 1 toont representatieve quotes waarop de concepten zijn gebaseerd, gegroepeerd op dimensies en thema's.

Figuur 1. Datastructuur



4.1 Coachen/Begeleiden

Coachen/begeleiden is gebaseerd op de thema's: coachen en begeleiden van patiënten, opleiden patiënt en zorgteam en patiënten en zorgteam niet adequaat genoeg voor digitalisering. De zorgverleners begeleiden hun chronisch zieke patiënten en hun zorgteam vaak voor langere tijd bij het omgaan met de beademingsapparatuur. Ze geven training aan de patiënt en het zorgteam rondom de patiënt om met de apparatuur om te kunnen gaan. Zorgverleners van het CTB begeleiden en adviseren de patiënt en hun team om een zo optimaal mogelijke situatie te creëren voor de patiënt en zorgen ervoor dat de kwaliteit in orde is. Zeker aan het begin wanneer patiënten voor het eerst beademing krijgen, vraagt het van een patiënt en het zorgteam veel op het technische vlak en niet alle patiënten en zorgverleners van het zorgteam rondom de patiënt zijn in staat met de techniek en digitalisering om te gaan. Elke patiënt krijgt een opleiding hoe met de apparatuur om te gaan, ook het zorgteam om de patiënt heen krijgt een opleiding welke bestaat uit een theoretisch en een praktische component. Het zorgteam kan bestaan uit mantelzorgers, thuiszorgmedewerkers of zorgverleners van verpleeghuizen of andere ziekenhuizen afhankelijk van of de patiënt thuis is of is opgenomen. De beroepsmatige zorgverleners van het zorgteam van de patiënt moeten zich certificeren voor het bedienen van de apparatuur, voor mantelzorger en de patiënt zelf is een speciale training beschikbaar. Zorgverleners van het CTB stellen de opleiding samen en verzorgen het praktische deel van de opleiding. Het komt voor dat patiënten of het zorgteam niet adequaat genoeg zijn om met de techniek om te gaan, waardoor er meer ondersteuning en begeleiding nodig is van de zorgverleners van het CTB. De intensiteit van begeleiding van een patiënt en zijn of haar zorgteam is ook afhankelijk van het ziektebeeld van een patiënt. Een zorgverlener zegt hierover: "Je maakt ze niet fitter of je laat ze er niet langer door leven, alleen de dagen die ze hebben worden wel beter en mogelijk ook wel dat ze langer leven." (R4).

4.2 Specialist

De dimensie Specialist is gebaseerd op de thema's: werk specialiseert, uitbesteding standaard zorgtaken en zelfstandig besluiten over zorg. Van het werk van verpleegkundigen bij het CTB kun je zeggen dat het werk technisch complex is, de zorgprofessional heeft gespecialiseerde technische kennis en functioneert als expert. Het werkt van de zorgverlener verdiept zich meer richting één onderdeel van de zorg, waarmee hun rol als expert wordt benadrukt. Zoals een zorgverlener zei "Ik sta helemaal buiten die praktische zorg. En vind het niet heel erg" (R2). Zij ervaren daardoor ook een andere relatie met de patiënt. Het eenvoudigere en meer standaard verpleegkundige werk wordt overgelaten aan anderen, "Daarom mogen zij ook niet aan instellingen zitten en mogen zij alleen het Start/Stop knopje bedienen en moeten ze weten hoe ze het moeten onderhouden dat apparaat"(R5). In het geval van het CTB zijn dat mantelzorgers of beroepsmatige zorgmedewerkers. De zorgverleners van het CTB bieden specialistische zorg en begeleiding op het gebied van beademing. Andere onderdelen van de zorg laten ze over aan anderen, zoals een geïnterviewde het verwoordt: "Ik sta niet in de zorg. Ik heb niet in die zin geen zorg relatie met patiënten, ik hoef em niet te wassen, niet aan te kleden. Het gehospitaliseerde, zeg maar, daar sta ik helemaal buiten"(R2). In een aantal interviews komt naar voren dat zij soms nog wel moeten wennen aan de nieuwe status die zij hebben als specialist. Zorgverleners nemen ook zelfstandig besluiten op basis van de situatie van de patiënt. Uit de interviews blijkt een ontwikkeling richting specialisatie omdat de zorgverleners expert zijn op één bepaald onderdeel van de zorg en technisch complexe zorg leveren en het standaard verpleegkundige werk aan anderen wordt uitbesteed waarbij ze zelfstandig besluiten nemen in relatie tot de zorg voor de patiënt.

4.3 Verdwijnen subjectiviteit

Verdwijnen subjectiviteit is samengesteld uit: subjectieve beoordeling en zorgen om verdwijnen persoonlijk contact. Zorgverleners vinden emotionele aspecten, het inschatten van de beleving van een patiënt en de patiënt goed kennen van cruciaal belang om goede zorg te kunnen leveren. Hierbij sluiten zij het gebruik van data niet uit. Beiden dragen bij om een goede inschatting van de situatie te kunnen maken. Tegelijk geven zij ook aan dat ze het verlies van subjectieve waarden als inleven, beleving en aanvoelen als een risico ervaren

omdat deze onderdelen van het werk nodig zijn om kwalitatief de meest optimale zorg te kunnen leveren. Wanneer dit wegvalt ervaren zij dat de kwaliteit omlaaggaat, wat zij op baseren op hun ervaring met, vaak jongere, collega's. Er zijn collega's die zich vooral richten op het meetbare en minder op het subjectieve. De geïnterviewden maken zich zorgen dat door het meer werken op afstand, wat door digitalisering mogelijk wordt, het persoonlijk contact minder wordt of verdwijnt: "ik denk dat het heel goed is dat dingen gedigitaliseerd worden en dat we daarin vooruitgaan, dat absoluut, maar dat echte contact, ja, dat zou ik zo missen en ik denk ook niet dat dat goed is als je dat helemaal niet meer hebt" (R6). Uit de interviews blijkt dat ze het een risico vinden dat digitalisering de overhand krijgt waardoor de menselijke factor verdwijnt. Zonder menselijke factor geen optimale zorg, want de beleving van de patiënt is belangrijker dan de meetbare waarde van een machine ook al resulteert dit in een meetbaar slechter resultaat. Een verpleegkundige kan dit wel bespreken met een patiënt, maar uiteindelijk is het de beleving van de patiënt wat de doorslag geeft. Zoals een geïnterviewde zorgverlener het verwoordt: "je kunt de objectiviteit, we hebben nu dus veel meer, we hebben cijfers, we kunnen alles uitlezen. We hebben veel meer, maar je moet verder, voor dat je bij die patiënt de deur achter je dicht trekken moet de subjectiviteit wel in orde zijn" (R3).

Het niet meer persoonlijk kennen van patiënten is een schrikbeeld voor de zorgverleners die geïnterviewd zijn. Het puur afgaan op meetbare waarden vinden zij afbreuk doen aan de kwaliteit van zorg. De subjectiviteit, de beleving van de patiënt en de zorgverlener vinden zij belangrijke factoren voor de kwaliteit van zorg.

4.4 Digitale manier van werken

Digitale manier van werken is opgebouwd uit de thema's: data over patiënt is belangrijk, digitalisering verbetert de kwaliteit, digitalisering is een uitdaging en patiëntenzorg op afstand. Een digitale manier van werken is binnen het CTB te vinden in het werken met een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en de zorgverleners leveren ondersteuning bij vragen die gesteld worden door patiënten en (mantel)zorgteams over de digitale leeromgeving van de gezamenlijke CTB's in Nederland. De geïnterviewden zien digitalisering als iets wat de kwaliteit van zorg verbetert bijvoorbeeld door het eenmalig vastleggen van gegevens in het EPD, het gebruik van een digitale leeromgeving en de signalering die is ingebouwd: "die feedback vanuit apparaten dat ze zelf een seintje sturen van hé, ik heb nu al drie dagen deze lekkage of ik heb al weken deze hoge meetwaarden of lage meetwaarden. Want als je die feedback terugkrijgt, dat zou wel helpen" (R2). In de situatie ten tijde van de interviews waar, door de uitbraak van het Corona virus, de zorgverleners geen huisbezoeken mogen afleggen, behalve voor het initiële instellen van de beademing, wordt aangegeven dat het niet op afstand kunnen uitlezen van data gemist wordt. De mogelijkheid tot uitlezen van data op afstand is een eis in van de voor de corona crisis gestarte aanbesteding van nieuwe apparatuur. Bij controle situaties wordt voordat het gesprek met een patiënt wordt aangegaan de beademingsapparatuur uitgelezen en de data beoordeeld. Het beoordelen van data is een standaard, belangrijk, onderdeel van het werk van een zorgverlener bij het CTB en is input voor het gesprek met de patiënt. Zoals een geïnterviewde zei:

"Het begint altijd met de subjectiviteit en met die subjectiviteit moet je uiteindelijk ook verder, want je kunt tegen de patiënt zeggen kijk eens de cijfertjes zijn fantastisch! Maar als de patiënt zegt: ja maar het voelt niet goed, ik voel me benauwd en opgejaagd." (R3)

De data, de input van de patiënt en de waarneming van de zorgverlener vormen samen de basis voor het advies en de zorg die een zorgverlener geeft aan een patiënt. Zorgverleners maken zich ook zorgen omdat zij verwachten dat bij verdere digitalisering, zoals met de aanschaf voor nieuwe (online) beademingsapparatuur, de huidige werkwijze zal moeten veranderen en hier nog niet goed over is nagedacht. Er moet nog veel uitgedacht worden omdat ze verwachten dat de impact groot is op een hun werk: "Hoe je dat in gaat kleden, hoe je de logistiek gaat laten lopen. De frequentie van de bezoeken. Euh, dat soort dingen. Dat moet allemaal bedacht worden" (R5)

Het gebruik van digitale middelen en beoordelen van data zijn normale onderdelen van het dagelijks werk van de geïnterviewden. De aanschaf van nieuwe apparatuur waardoor data real-time op afstand beschikbaar is, roept bij de geïnterviewden vragen en onzekerheid op over hoe dat hun werk gaat beïnvloeden op het gebied van persoonlijke aandacht voor de beleving en ervaring van patiënten.

4.5 Persoonlijk contact

Persoonlijk contact bestaat uit de thema's: persoonlijkere relatie en patiënt moet je goed kennen. Zorgverleners bezoeken patiënten volgens een vast schema thuis, zij beoordelen data van de apparatuur en voeren gesprekken met patiënten en/of zorgverleners. De frequentie van bezoeken hangt af van het ziektebeeld van een patiënt. De relatief eenvoudige gevallen worden minder vaak bezocht dan de ernstig zieke patiënten. In verhouding tot wanneer een patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen ervaren geïnterviewden een persoonlijker relatie met een patiënt. Ze komen bij mensen thuis in hun persoonlijke omgeving waardoor zij patiënten meer als mens leren kennen dan wanneer iemand wordt opgenomen in een ziekenhuis.

Een geïnterviewde vertelde: "Je krijgt daar een andere band mee, je weet ook veel meer van mensen, je weet ook hoe ellendig het soms kan zijn thuis. En dat is moeilijk soms te scheiden, kijk als je op IC werkt, ja geen idee wat er achter die voordeur gebeurt. Dat heb je dus nu wel in de gaten. Soms zit je er middenin"(R4).

De geïnterviewden geven aan dat het belangrijk is dat je patiënten persoonlijk kent en dat je een bepaalde band opbouwt om hun klachten goed in te kunnen schatten, zeker wanneer je een patiënt op afstand moet beoordelen. Wanneer het onbekende patiënten zijn die ze te woord moeten staan aan de telefoon, zijn hun klachten veel moeilijker in te schatten en is het voor de zorgverlener lastiger te beoordelen hoe ernstig de situatie is, zoals: "dat ze zeggen dat het wel meevalt, maar valt het dan ook wel echt mee?"(R6).

Het thuisbezoeken van patiënten heeft invloed op de relatie met patiënten, de geïnterviewden geven aan dat door de patiënt thuis te bezoeken je in zijn/haar wereld komt. Dit geeft een heel andere beleving voor de zorgverlener dan wanneer een patiënt in het ziekenhuis ligt, het maakt dat je de mens achter de patiënt meer ziet.

4.6 Data gestuurde zorg

Data gestuurde zorg bestaat uit: efficiënter werken en data gestuurde zorg. In de huidige situatie is data al belangrijk voor het CTB, de beademingsapparatuur wordt uitgelezen en de data is input voor het gesprek met de patiënt. De geïnterviewden verwachten dat doordat data real-time op afstand beschikbaar is, het werk efficiënter kan worden omdat je dan echt met datgene bezig bent wat nodig is en minder met wat er toevallig op de planning stond. Doordat signalen van apparatuur op afstand te zien zijn, kun je ook meteen zien of iemand de apparatuur wel of niet gebruikt in tegenstelling tot de huidige situatie waardoor apparatuur soms langere tijd niet gebruikt wordt: "Maar dr zijn ook heel veel mensen waar die gewoon op zolder staat te verstoffen"(R6).

Met de komst van de nieuwe onlineapparatuur zal er meer data gestuurd gewerkt gaan worden, de data vormt dan de aanleiding tot het wel of geen contact opnemen met een patiënt, zij gaan meer indicatie gestuurd werken in plaats van met wat op de planning staat die dag: "Ik zal niet direct zeggen vraag gestuurd want de apparatuur gaat ons ook informeren dat het nodig is. Want inderdaad het gebruik is de afgelopen zeven dagen plotseling toegenomen. Dus dan pak je de telefoon"(R3).

Op dit moment is er vooral nog sprake van geplande zorg, 1x per jaar een gepland huisbezoek en 1x per jaar een bezoek aan de poli, ook als alles goed gaat met een patiënt. Het is ook mogelijk dat een patiënt zelf aan de bel trekt als er klachten of vragen zijn. Data gestuurde zorg maakt dat je een patiënt bezoekt als de data er aanleiding toe geeft, de zorgverlener reageert proactief wanneer bepaalde meetwaarden niet in orde zijn. Dit wordt als kwalitatief beter ervaren omdat je vroegtijdig kan zien of er een situatie ontstaat of dreigt te

ontstaan waarop je actie moet ondernemen waardoor erger kan worden voorkomen. Omdat je een situatie proactief signaleert en actie onderneemt kan het ook efficiënter zijn omdat een zorgverlener niet onnodig naar een patiënt toe gaat of kan voorkomen dat een patiënt wordt opgenomen in een ziekenhuis, wat erg duur is.

Tabel 1

Ondersteunende data	
Thema	Representatieve quotes
<i>Coachen/Begeleiden</i>	
Coachen en begeleiden van patiënten	<p>"de drie maanden daarna zijn heel belangrijk dat je ze goed begeleid en dat ze weten dat je laagdrempelig te bereiken bent"(R2)</p> <p>"Ik sta niet in de zorg. Ik heb niet in die zin geen zorg relatie met patiënten, ik hoef em niet te wassen, niet aan te kleden. Het gehospitaliseerde, zeg maar, daar sta ik helemaal buiten. Dat is heel lekker. Ik kom daar als expert om dingen op een bepaald gebied beter te maken. En dat maakt de relatie met de patiënt héél anders." (R2)</p> <p>"ook rapporten waarin dat ook de patiënt daar op kan inloggen in een soort portaal waarin dat dan weer op een begrijpelijke manier gepresenteerd wordt" (R2)</p> <p>"Je maakt ze niet fitter of je laat ze er niet langer door leven, alleen de dagen die ze hebben worden wel beter en mogelijk ook wel dat ze langer leven maar." (R4)</p>
Opleiden patiënt en zorgteam	<p>"Die mensen krijgen gewoon een cursus" (R2)</p> <p>"Doe ik ook gewoon patiëntenzorg, maar ben ik ook heel erg betrokken bij het onderwijs" (R5)</p>
Patienten/zorgteam niet adequaat genoeg voor digitalisering	<p>"En ook verstandelijk beperkten. Ik denk dat je daar altijd die klinische blik. Als je die eenmaal hebt van iemand dan kan je daar op varen." (R2)</p> <p>"Sommige patiënten vragen ook te veel, wat niet geleverd kan worden. Deels door wat het ziekenhuis dus naar buiten plaats hè, ja dat het eigenlijk een onmogelijke zorgvraag is voor thuis" (R4)</p> <p>"als we steeds verder gaan in die ontwikkeling moeten we niet vergeten dat er een groep is die echt qua niveau aan de onderkant zit. En we zijn heel snel geneigd om in onze eigen, binnen ons eigen niveau door te kijken. Maar we moeten zeker de kleine snappertjes niet vergeten" (R5)</p>
<i>Specialist</i>	
Werk specialiseert	<p>"Dat is een soort soortje, die zit op je oren klip. En dat is dus, er treedt een heel klein beetje koolzuur uit via de huid, dat gaat op die sensor, die sensoren is semi-permeabel en dan in die sensor dat koolzuur. Eh simpel gezegd dat zorgt daar voor een eh verschuiving van de pH, van een vloeistof daar binnen en dat zorgt voor een verschuiving van de elektrische geleiding van het circuit wat er in zit en dat zorgt voor een signaal" (R3)</p> <p>"Ik sta helemaal buiten die praktische zorg. En vind het niet heel erg hoor want ik weet, want ik til zo iemand uit bed, dat doe ik ook wel tijdens huisbezoeken om even mee te helpen of effe in de tillift weet je wel, vind ik ook wel geinig om af en toe te doen. Maar dat is altijd extra en dat verwachten ze niet van me" (R2)</p> <p>"Als jij vragen hebt over je masker of omdatie begint te lekken, er lucht lekkage langs loopt. Dan kan je elke dag van 9 tot 12 naar het verpleegkundige spreekuur bellen" (R1)</p> <p>"Want op de IC deed ik natuurlijk van alles iets. Deed ik een stukje beademing, deed je een stukje euh nou ja circulatie, doe je een stukje slaap, doe je wassen en uit bed halen en zo, en dat doe ik niet meer" (R6)</p>
Uitbesteding standaard zorgtaken	<p>"Maar daar zit geen medische expertise en gaat allemaal goed omdat het ding een algoritme geeft dat gewoon door getimmerd is" (R3)</p> <p>"Ja, eerst aan de familie, als die er al is. Als die er is kunnen mensen overspannen raken of overwerkt te raken, want er wordt heel veel van ze gevraagd. Mantelzorgers het is een heel mooi begrip, maar die mensen lopen echt over de theewater. En daarna moet je dus uit gaan kijken naar thuiszorg en die thuiszorg is ook schraal." (R4)</p> <p>"Daarom mogen zij ook niet aan instellingen zitten en mogen zij alleen het Start/Stop knopje bedienen en moeten ze weten hoe ze het moeten onderhouden dat apparaat. En het waterbakje tot het streepje vullen en dan niet verder."(R5)</p> <p>"nou ja voor mijn gevoel wordt het dan nog erger uitgeknepen. Ik vind het al niet zo ruim hoor, buiten de muren van een ziekenhuis" (R4)</p>
Zelfstandig besluiten over zorg	<p>"Als daar 40 mensen wonen, dan kunnen wij niet iedereen toetsen. En dat doet dan die gedelegeerd toetser voor ons. Dus voordeel voor hun is dat het sneller kan. Voordeel voor ons is dat we er niet heen hoeven. Dus win win." (R5)</p> <p>"als de patiënt achteruitgaat en er is iets dan is het natuurlijk vaker het plan en zeker bij patienten die een progressieve ziekte hebben als ALS en richting het einde van hun leven gaan, dan kan het ook zijn dat we er heel frequent zijn, dat we er elke maand zijn, elke drie maanden zijn" (R1)</p> <p>"En dan komt de vraag, wie zijn verantwoordelijkheid is het? Of je het thuis blijft doen of hier? Patiënt zegt zelf het gaat prima. Ik heb er geen last van, kan ik het, dan? Vind ik dan dat ik het wel nog zonder enige back-up kan doen thuis?" (R5)</p> <p>"ik heb natuurlijk ook een aantal patiënten die een progressieve ziekte hebben, bijvoorbeeld ALS. De patienten met ALS dat zijn onze grootste zorgenkindjes, in mijn case load heb ik er een aantal. Die zie ik ook veel." (R2)</p>

Tabel 1 vervolg

<i>Verdwijnen subjectiviteit</i>	
Subjectieve beoordeling	<p>"je kunt de objectiviteit, we hebben nu dus veel meer, we hebben cijfers, we kunnen alles uitlezen. We hebben veel meer, maar je moet verder, voor dat je bij die patiënt de deur achter je dicht trekken moet de subjectiviteit wel in orde zijn" (R3)</p> <p>"Terwijl dat als ik tegenover iemand zit, dan zie je: jij bent benauwd, dat hoeft je niet eens te zeggen" (R2)</p> <p>"ik denk dat het heel goed is dat dingen gedigitaliseerd worden en dat we daarin vooruit gaan, dat absoluut, maar dat echte contact, ja, dat zou ik zo ook missen en ik denk ook niet dat dat goed is als je dat helemaal niet meer hebt" (R6)</p>
Zorgen om verdwijnen persoonlijk contact	<p>"Lijkt mij dat ook niet goed. Maar dat is ook een beetje de tendens wat je natuurlijk ziet in een nieuw opgeleide verpleegkundige. Die zijn natuurlijk zo theoretisch onderbouwd dat ze eh ja een patiënt, een zieke patiënt eigenlijk nooit hebben gezien of hoe dat ruikt, hoe dat eruitziet of wat je. Nee dat hebben ze alleen maar van een school van een pop geleerd" (R4)</p> <p>"We moeten niet toe naar een wereld waarin het kasje wordt neergezet, het algoritme bepaalt hoe er beademt moet worden en wij via de mail nog eens efftjes informeren hoe het gaat, dat gaat hem niet worden. Want als er dan wel een probleem is dan moet je door die hele waas van onkennigheid heen voordat je snapt wat er aan de hand is" (R3)</p>
<i>Digitale manier van werken</i>	
Data over patiënt is belangrijk	<p>"maar ja die zei ook niks. Dus dan zou ik er gewoon heel graag, naast staan. En gewoon weer de euh zien wat er gebeurt" (R6)</p> <p>"soms zeggen die getallen meer dan wat de patiënt zegt" (R5)</p> <p>"Er zijn heel veel van, die finetune momenten, maar dan zeggen ze niks. En dan denk ik nou ja, dat doe ik nog wat ik zelf denk wat goed is bij deze patiënten, vaak klopt dat dan wel. Uhm, dan denk ik nou ja, dan heb ik het euh, dan heb je die info van die patiënt niet nodig" (R5)</p>
Digitalisering verbetert kwaliteit	<p>"Nou ja, bijvoorbeeld die feedback vanuit apparaten dat ze zelf een seintje sturen van hé, ik heb nu al drie dagen deze lekkage of ik heb al weken deze hoge meetwaarden of lage meetwaarden. Want als je die feedback terugkrijgt, dat zou wel helpen." (R2)</p> <p>"Ik ga maandag twee patiënten instellen thuis, waarom? Omdat de IC's gewoon keihard op slot zitten. Dus never waste a good crisis, dit is het moment! Dus ik ga dat gewoon thuis doen en een niet ideaal typische situatie hoor want wat we eigenlijk hadden gewild is dat er inderdaad tegen die tijd apparatuur is die we op afstand kunnen uitlezen, ook de CO2 meter! Dat is wel belangrijk." (R3)</p>
Digitalisering is een uitdaging	<p>"en zo ver zijn we denk ik nog helemaal niet. Dus ik denk dat je inderdaad protocollen moet aanpassen, je werkwijzes moeten weer anders. Roosters moeten misschien wel weer veranderd worden dan, want ja. Heb je dan nog wel zoveel huisbezoeken nodig. Of zoveel tijd zeg maar daarvoor. Ja, dat zal zeker wel weer van invloed zijn op ons werk." (R6)</p> <p>"Wij gaan er natuurlijk ook vanuit dat dat onze pool van informatie is. Maar is de informatie dan wel compleet? Want ik ken natuurlijk niet alle patiënten. Zeker niet. Dus, dat is als team vind ik dat een onwijze uitdaging om te zorgen dat de informatie die er staat, want dat ga ik voor waarheid aannemen en voor volledigheid aannemen. Want je neemt op basis daarvan beslissingen, want ik zie die patient niet voor me!" (R2)</p> <p>"dus wij zien alles, en dat kun je dan ook direct teruggeven van die twee uur, dat waren 14 minuten. En dan zie je wel dat de nachten daarna ineens het gebruik hoger is, want dan, o ik ben toch een beetje betrapt ofzo. Zo voelt dat dan toch een beetje." (R6)</p>
Patiëntenzorg op afstand	<p>"Daarnaast zijn we 24/7 bereikbaar. Een van onze verpleegkundige heeft bereikbaarheidsdienst, dus als er middenin de nacht bij jou de beademingsfunctie er af gaat en je weet niet wat er aan de hand is, dan bel je ons" (R1)</p> <p>"Ik heb het pas laten filmen want er was iets wat heel moeizaam gaat, toen zei ik tegen de man ik wil het filmen. Is prima zeg, hij heeft zijn telefoon zo neergezet dat ze gefilmd werd. Zo dat gaat moeizaam! Ja, dat zeg ik dus ook steeds. En zo moeizaam gaat het dus" (R5)</p> <p>"huisbezoeken doen we ook niet, dus dat doen we nu vooral telefonisch. Poli hebben we nu niet meer. Dat gaan ze geloof ik wel weer opstarten, dus daarin lijkt het wel weer een beetje normaal te worden" (R6)</p> <p>"Mensen lezen niet en het is echt enorm hoeveel simpele vragen wij hebben. Ik kan het certificaat niet vinden. Jawel, dan moet je naar je toets gaan en daar klik je dan. We hebben een handleiding geschreven met plaatjes van drie kantjes. Zo kom je dan, want anders komen sommige mensen er niet" (R5)</p> <p>"Als iemand zegt hè, ik ben benauwd. Uh, dat is natuurlijk informatie en daar heb ik een beeld bij in mijn hoofd. Maar het beeld dat projecteer ik op dat moment op die patiënt, maar dat weet ik niet" (R2)</p>

Tabel 1 vervolg

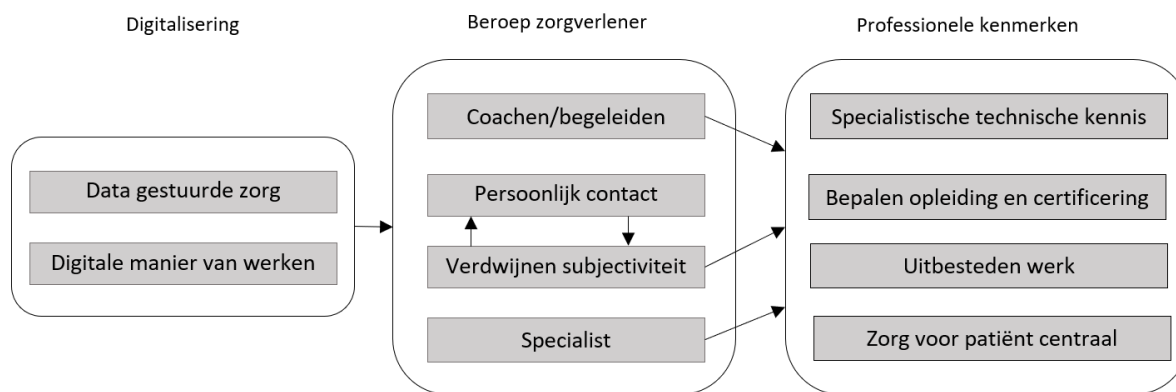
<i>Persoonlijk contact</i>	
Persoonlijkere relatie	<p>"daardoor bewaar ik voor mezelf ook wel gewoon een grens. Want er zijn ook collega's die hebben hun werk en privé telefoon gewoon in één en ik denk dat ik dan veel moeilijker de afstand zou kunnen bewaren. Want weet je wel, als ik dan op de bank zit, 's avonds en ik krijg een berichtje van iemand. Ja, dan kan ik niet doen alsof ik dat niet gezien heb. Dat weet ik van mezelf, dus dan zou ik gaan reageren" (R6)</p> <p>"het heel anders hè, want jij bent te gast. Dus je hebt al helemaal niets te vertellen, heel anders. Je komt in werelden waarvan je niet wist dat ze bestonden. En euh ja, dat is zo anders, zo verschrikkelijk anders. En daar heb je geen idee van als je dat niet mee hebt gemaakt" (R5)</p> <p>"een consulent heeft een vaste patientengroep" (R1)</p> <p>"Dat is handelen ja. Natuurlijk heb je daar ook tijd hè, want er zijn mensen die hebben nergens tijd voor, ik had altijd voor de hele wereld tijd. Ik heb dat nooit zo goed begrepen. Maar het is wel zo dat je eh daar staat wel het leven en dood, staat tot wat ja meer op de voorgrond dan of productie draaien hè. Want ja de kassa moet rinkelen of een spierzieke patiënt thuis, die vaak ook een heel ander prognose heeft" (R4)</p> <p>"Als je heel up close en personal bent met iemand, dan moet je op gelijke manier bewegen bij wijze van spreken. Terwijl als je afstand hebt hoeft dat niet. Als je dan niet helemaal synchroon beweegt, dan is dat niet erg want het botst niet dan! Want je staat op een afstand" (R2)</p> <p>"Je krijgt daar een andere band mee, je weet ook veel meer van mensen, je weet ook hoe ellendig het soms kan zijn thuis. En dat is moeilijk soms te scheiden, kijk als je op IC werkt, ja geen idee wat er achter die voordeur gebeurt. Dat heb je dus nu wel in de gaten. Soms zit je er middenin" (R4)</p> <p>"Wij moeten altijd naar die slaapkamers toe, want daar staat die apparatuur dan loop je langs de trap, wat hangt er altijd langs de trap? De foto's van het trouwen, de foto's van de kinderen, van die vergeelde jaren zeventig foto's hangen daar" (R3)</p> <p>"Zodra een patiënt hier het ziekenhuis in komt, op een IC helemaal daar ligt de patiënt volledig ontdaan van al zijn eigenheid in één of ander gek vestje met drukknopjes, toeters en bellen en soms niet eens in staat om iets te zeggen" (R3)</p> <p>"Ik merk dat veel patiënten ook het rechtstreekse nummer van de consulent hebben" (R1)</p>
Patiënt moet je goed kennen	<p>"Nou ja, dat ze zeggen dat het wel meevalt, maar valt het dan ook wel echt mee? Ja, geen idee eigenlijk, terwijl inmiddels bij mijn eigen patiënten heb ik wel, weet ik wel van nou hè als die belt, dan moet ik rennen en als die belt, nou, dan kan ik nog wel heel eventjes iets anders doen. Bij wijze van." (R6)</p> <p>"ten eerste weet je niet of ze snel aan de bel trekken of niet, of ze snel zullen zeggen of het wel of niet goed gaat, dus dat kun je niet zo goed inschatten. Uhm, en je hebt ook totaal geen beeld bij patiënten, hoe slecht is die" (R5)</p> <p>"dat wordt gedaan in een datacenter door databeheerders die patiënten niet kennen. Ja best, maar uiteindelijk wil je wel dat die patiënten die waarvan je denkt van goh daar moeten we naar kijken, die je wel kennen. Je wilt iemand aan de lijn krijgen die hem kent." (R3)</p>
<i>Data gestuurde zorg</i>	
Efficiënter werken	<p>"Maar dr zijn ook heel veel mensen waar die gewoon op zolder staat te verstoffen" (R6)</p> <p>"Zo hou je je dus bezig met dat wat nodig is en minder met dat wat vandaag op de planning stond omdat het toevallig op de planning stond omdat het weer zo lang geleden is" (R3)</p>
Data gestuurde zorg	<p>"Ik zal niet direct zeggen vraag gestuurd want de apparatuur gaat ons ook informeren dat het nodig is. Want inderdaad het gebruik is de afgelopen zeven dagen plotseling toegenomen. Dus dan pak je de telefoon maar eens en zeg je hé je lag er altijd 7, 8 uur aan en nu 12, 13 uur, is er wat? Da is er een reden" (R3)</p> <p>"Ja en daar krijg ik ook de beademing gegevens van die patiënt en daar maak ik al een analyse over en denk ik, ik moet er snel heen. Ik twijfel aan deze dingen dan bel ik vaak nog of ik geef gewoon de feedback terug van het gaat hartstikke goed en we kunnen zo doorgaan, als u ook blij bent met alles" (R2)</p>

4.7 Visuele weergave invloed van digitalisering

Door de analyse van de interviews en de documentatie komt een aantal factoren naar voren welke te maken hebben met hoe digitalisering invloed heeft op het werk van de verpleegkundigen bij het CTB. Het model (Figuur 2) is een visuele weergave van de gevonden resultaten. Het model is gebaseerd op de beleving van de zorgverleners van het CTB en bestaat uit drie kaders. Van links naar rechts is het eerste kader digitalisering, het tweede kader geeft de invloed van digitalisering op het beroep van zorgverlener weer en het derde kader betreft de effecten op een aantal professionele kenmerken (Wilensky, 1964) van zorgverleners. Het werk bestaat voor een deel uit het werken met en het beoordelen van data op het gebied van beademing en andere digitale middelen en zorgverleners hebben diepgaande kennis nodig van één onderdeel van de zorg, wat het werk gecompliceerder en specialistischer maakt. Deze ontwikkeling zorgt ervoor dat zowel patiënten als hun

zorgteam, bestaande uit zowel beroepsmatige zorgverleners als mantelzorgers, meer begeleiding nodig hebben op het technische gebied. Verpleegkundigen van het CTB maken zelf hun opleidingsmateriaal en certificeringen welke via een website (“CTB Scholing,” n.d.) worden aangeboden. Er zijn opleidingen specifiek gericht op de beroepsmatige zorgverleners en op de mantelzorgers en patiënten. Deze dimensie draagt bij aan één van de kenmerken van een professional: Bepalen opleiding hoe de opleiding eruit ziet en wie bekwaam is. Omdat het werk door de techniek specialistischer is geworden en het “gewone” verpleegkundige werk wordt uitbesteedt, draagt dit bij aan de professionele status van het beroep op de kenmerken: specialistisch technische kennis en het uitbesteden van werk. Geïnterviewden hebben ook aangegeven dat digitalisering van positieve invloed is op de kwaliteit van zorg, omdat door slimme algoritmes een signaal gegeven kan worden wanneer meetwaarden onder een gestelde norm komen of dat patiëntgegevens op één plaats digitaal worden vastgelegd waardoor deze altijd en overal beschikbaar zijn. Op die manier draagt de techniek in positieve zin bij aan de professionele status van het beroep op het kenmerk de zorg voor patiënt centraal stellen. Tegelijk ervaren zij dat digitalisering de zorg voor de patiënt niet ten goede komt door het verdwijnen van persoonlijk contact en de subjectiviteit. Persoonlijke waarneming, beleving van een patiënt en zorgverlener zijn factoren om te weten wat er aan de hand is en zijn belangrijk omdat de beleving van de patiënt anders kan zijn dan de meetgegevens suggereren. Zowel subjectiviteit en meetbare data zijn beide belangrijk bij het inschatten van een situatie. Verdwijnen van subjectiviteit en persoonlijk contact zijn aan elkaar gerelateerd omdat in de beleving van geïnterviewden subjectiviteit niet los kan worden gezien van persoonlijk contact met patiënten. Daarom, zo zeggen zij, is persoonlijk contact belangrijk om de beleving, het menselijke aspect, de subjectiviteit, te behouden om goede kwaliteit zorg te kunnen bieden. Wanneer door digitalisering meer op afstand gewerkt wordt waardoor het persoonlijke contact minder wordt, de subjectiviteit verdwijnt en alleen nog het meetbare en tastbare overblijft, doet dit afbreuk aan de kwaliteit van zorg en daarmee op de patiënt centraal stellen en de professionele status van het beroep.

Figuur 2 Invloeden op het beroep van zorgverlener



5 Discussie en Conclusie

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe digitalisering het beroep van zorgverlener in ziekenhuizen beïnvloedt, de resultaten van het onderzoek onder de zorgverleners van het CTB geven een beeld hoe een zorgverlener digitalisering beleeft.

Eén van de kenmerken van (Wilensky, 1964) is dat professionals bepalen hoe de opleiding er uit ziet en bepalen wie bevoegd is. De resultaten van dit onderzoek sluiten aan bij dat kenmerk. Zorgverleners maken zelf de opleiding, op het gebied van hun expertise, voor het zorgteam rond de patiënt en bepalen wie gecertificeerd wordt. Zij richten zich meer op het begeleiden van de patiënt en het zorgteam rondom de patiënt dan dat zij werk doen van een standaard zorgverlener.

Het huidige werk van zorgverleners bestaat voor een deel uit het thuisbezoeken van patiënten en dat zorgt voor een meer persoonlijke relatie met patiënten dan wanneer een patiënt opgenomen zou zijn in het ziekenhuis. Het persoonlijk kennen van een patiënt helpt bij de interpretatie van data en het beoordelen van de situatie. De zorgverleners van het CTB zijn gewend drie componenten mee te nemen in hun overweging om te bepalen wat het beste beleid is voor een patiënt: data, de beleving van de patiënt en hun eigen waarneming. De geïnterviewden ervaren echter dat (jongere) collega's meer naar data kijken en minder naar de patiënt dan voorheen. Ook de komst van nieuwe apparatuur waarbij het niet meer nodig is om naar de patiënt toe te gaan voor data, omdat deze op afstand beschikbaar is, zien zij als een aanleiding tot minder persoonlijk contact. Minder persoonlijk contact zien zij als vermindering van kwaliteit van zorg. Wanneer door digitalisering sprake is van vermindering van kwaliteit kan dit gezien worden als wat (Kalberg, 1980; Reich, 2012) noemen, vermindering van "substantive rationality" onder invloed van techniek en digitalisering. Efficiëntie lijkt hier belangrijker te worden dan de kwaliteit. Vermindering van kwaliteit van zorg heeft een negatieve invloed op de professionele status van een zorgverlener op het kenmerk van de zorg voor de patiënt gaat altijd voor. (Bauer, 2004) betoogt dat om een vertrouwensrelatie op te bouwen met een patiënt er begrip en empathie nodig is en wordt opgebouwd door persoonlijk contact. Er is een risico dat door het gebruik van data, het patiënten objectificeert, doordat data de leidraad is en niet de subjectieve ervaring van de patiënt. Dit onderzoek onderschrijft dat zorgverleners positief zijn over digitalisering zolang het persoonlijke, menselijke aspect onderdeel blijft van het werk en het de kwaliteit van zorg in stand houdt of verbeterd.

Een ander kenmerk van professionals is dat zij specialistische (technische) kennis hebben waarvan de client onwetend is (Wilensky, 1964). De resultaten van het onderzoek wijzen erop dat het werk inderdaad specialiseert, het standaard werk van een verzorgende wordt niet meer gedaan, maar wordt uitbesteed aan andere zorgverleners. Dit kunnen mantelzorgers zijn of betaalde verzorgers als thuiszorgmedewerkers of verpleegkundigen van een verpleeghuis of ziekenhuis. Doordat het werk specialistischer wordt heeft het een positieve invloed op de status van professional.

5.2 Theoretische implicaties

(Barnard & Sandelowski, 2001) betogen dat ontmenselijking, depersonaliseren, of objectificeren niet zozeer wordt veroorzaakt door de technologie, maar hoe technologie gebruikt wordt in een bepaalde context. En het onderzoek van (Bauer, 2004) toont aan dat om een vertrouwensrelatie op te bouwen met een patiënt er begrip en empathie nodig is omdat er anders een risico bestaat dat een patiënt geobjectificeert wordt doordat data belangrijker wordt dan de subjectiviteit. Beide worden onderschreven door het onderzoek.

Dit onderzoek toont aan dat digitalisering het beroep van zorgverlener specialiseert en het meer gaat voldoen aan de kenmerken van een professional zoals (Wilensky, 1964) deze beschrijft. Zorgverleners vinden zichzelf capabel op het gebied van digitalisering en de kwaliteit van zorg verbeterd door gebruik te maken van digitale middelen. Uit het onderzoek blijkt ook dat zorgverleners en digitalisering wel goed samengaan in tegenstelling tot wat als gangbaar wordt beschreven in de literatuur, technologie en zorg hebben een ander paradigma (Barnard & Sandelowski, 2001).

Een andere bevinding uit dit onderzoek is dat zorgverleners niet negatief zijn over zorg op afstand mits het niet ten koste gaat van het persoonlijke contact en de subjectiviteit. Uit de bestudeerde literatuur lijkt subjectiviteit geen issue te zijn, maar is het ontbreken van digitale vaardigheden bij zorgverleners de oorzaak is van een negatieve houding ten opzichte van zorg op afstand (Koivunen & Saranto, 2018).

Het betoog van (Bauer, 2004) dat om een vertrouwensrelatie op te bouwen met een patiënt er begrip en empathie nodig is wat door persoonlijk contact kan worden opgebouwd, wordt wel onderschreven met dit onderzoek. Digitalisering is mogelijk en gewenst, zolang er aandacht en ruimte blijft voor het subjectieve, menselijke deel van de zorg.

5.3 Praktische implicaties

De bevindingen van dit onderzoek geven aanleiding om bij de implementatie van ziekenhuisverplaatste zorg, specifiek aandacht te geven aan het menselijke, subjectieve aspect van zorg. De beleving van zowel patiënt als zorgverlener worden belangrijk gevonden voor de kwaliteit van zorg en het wordt ervaren dat deze waarden minder belangrijk zullen worden onder invloed van verdere digitalisering. Het beroep van zorgverlener in ziekenhuizen lijkt zich verder te specialiseren, het lijkt zicht te ontwikkelen van pure zorgverlening naar meer coachen en begeleiden van patiënten. Dit heeft waarschijnlijk invloed op de vaardigheden en kennis die een zorgverlener nodig heeft voor het succesvol kunnen uitoefenen van het beroep.

5.4 Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek is gedaan onder een beperkte groep zorgverleners welke werkzaam zijn op een zeer gespecialiseerd vakgebied. Deze groep zorgverleners is voorheen werkzaam geweest op de Intensive Care van ziekenhuizen en is daardoor meer dan gemiddeld gewend om met technische apparatuur en data om te gaan. Het geeft hen vermoedelijk meer inzicht in de mogelijkheden van digitalisering en zij staan mogelijk meer open voor technologische ontwikkelingen dan de gemiddelde zorgverlener werkzaam op minder technische afdelingen van ziekenhuizen. Onderzoek onder een groep zorgverleners die op dit moment nog meer traditioneel zorg verlenen, aan het bed, zou mogelijk een andere uitkomst kunnen geven dan de uitkomsten van dit onderzoek.

De reacties van de geïnterviewden over data gedreven zorg zijn voornamelijk gebaseerd op een reële nabije toekomstige situatie waarbij nieuwe onlineapparatuur gebruikt gaat worden. Dit is ten tijde van het onderzoek nog geen situatie waarmee zij daadwerkelijk te maken hebben.

De dataverzameling vond plaats vlak voor en gedurende de uitbraak van Covid-19 waarmee de geïnterviewden direct te maken kregen doordat zij plotseling hun patiënten niet meer thuis mochten bezoeken en patiënten thuis ingesteld moesten worden in plaats van tijdens een opname in het ziekenhuis. Aan het begin van de dataverzameling was er nog sprake van de oude situatie: patiënten die in aanmerking komen voor thuisbeademing worden vijf dagen opgenomen op de IC in het ziekenhuis waar zij een intensief (leer)traject ingaan van instellen en trainen. Na de opname worden zij thuis verder begeleid door de zorgverleners van het CTB. Vanaf halverwege maart was er sprake van de Corona crisis, waardoor patiënten niet meer opgenomen kunnen worden op de IC om ingesteld te worden. In plaats daarvan gebeurt dat thuis en de normale geplande huisbezoeken mogen niet meer plaatsvinden. De begeleiding van reeds ingestelde patiënten verloopt volledig op afstand. Dit alles zonder dat de data van de apparatuur op afstand is uit te lezen, want de aanbesteding voor de aanschaf van nieuwe apparatuur, wat dit wel mogelijk maakt, loopt nog. Gevolg was dat de werkwijze van de zorgverleners plotseling veranderde naar nog meer zorg op afstand, zonder de faciliteiten die er zouden zijn wanneer de veranderde werkwijze gepland zou verlopen. Deze crisissituatie heeft mogelijk invloed gehad op de antwoorden die zij gaven in de interviews, zoals bijvoorbeeld dat zij vinden dat digitalisering nog een uitdaging is voordat het echt goed gaat werken.

5.5 Aanbevelingen voor verder onderzoek

De bevindingen uit dit onderzoek kunnen als basis dienen voor verder onderzoek op het gebied van veranderingen in het beroep van zorgverleners. Interessant zou kunnen zijn om representatief onderzoek te doen op basis van de bevindingen coachen/begeleiden, specialisatie en de rol die persoonlijk contact daarbij speelt, om zo de met dit onderzoek gevonden bevindingen te toetsen onder een grotere groep zorgverleners.

Het onderzoek toont aan dat zorgverleners positief zijn over digitalisering en ziekenhuisverplaatste zorg, de zorgen van geïnterviewden liggen bij het verminderen van persoonlijk contact en subjectiviteit en niet bij het ontbreken van digitale vaardigheden, zoals beschreven in het onderzoek van (Koivunen & Saranto, 2018). Aangezien de onderzoeksgroep van deze studie digitaal en technisch vaardig is zou het interessant kunnen zijn om onder verschillende groepen zorgverleners die in meer of mindere mate technisch/digitaal vaardig zijn, te

onderzoeken wat zij vinden van digitalisering en ziekenhuisverplaatste zorg en de verschillende groepen met elkaar te vergelijken op welke factoren, vaardigheden of persoonlijk contact, zij van elkaar verschillen.

In de beleving van geïnterviewden van dit onderzoek zal door verdere digitalisering het directe persoonlijke contact minder worden en daarmee de subjectiviteit verminderen. Wanneer later (dit jaar) de onlineapparatuur, welke in aanbestedingsfase is, in gebruik is, is het interessant om te toetsen of inderdaad het risico wat de geïnterviewden nu ervaren ook dan nog zo ervaren wordt.

5.6 Conclusie

Zorgverleners vinden de kwaliteit van zorg voor de patiënt het belangrijkste van hun beroep, het onderzoek toont aan dat digitalisering daar een positieve bijdrage aan kan leveren. Tegelijk is het nodig waakzaam te zijn dat digitalisering niet de overhand krijgt boven het persoonlijk contact, de menselijke factor in de zorg, omdat juist het verdwijnen van subjectiviteit zorgt voor kwaliteitsvermindering. Het persoonlijk contact is, naast data, noodzakelijk om een patiënt de best mogelijke zorg te geven, omdat het persoonlijk contact met patiënten het mogelijk maakt om zelf te ervaren wat er met een patiënt aan de hand is, een situatie in te schatten en ernaar te handelen.

Door de komst van apparatuur, die het mogelijk maakt om meetgegevens van patiënten op afstand te monitoren, wordt het mogelijk om grotere groepen patiënten, welke complexe zorg nodig hebben, buiten het ziekenhuis, zoals thuis of in een verpleeghuis, te verzorgen waardoor ziekenhuisopnames worden voorkomen. Dit is voor een patiënt, meestal, prettiger en bespaart kosten omdat dure ziekenhuisopnames niet nodig zijn. Het gegeven dat iemand alleen nog in het ziekenhuis wordt opgenomen voor hele specifieke zorg, zoals bijvoorbeeld operaties of andere specifieke ingrepen, suggereert dat alleen wanneer het niet anders kan iemand wordt opgenomen op een ziekenhuisbed.

Wanneer er sprake is van verplaatsing van verpleegkundige zorg van ziekenhuis naar thuiszorg of een zorginstelling heeft dit niet alleen invloed op het beroep van zorgverlener in het ziekenhuis, maar ook op zorgverleners welke een patiënt thuis of in een verpleeghuis verzorgen. Zij nemen als het ware het traditionele verpleegkundige werk van zorgverleners in ziekenhuizen over, terwijl het beroep van zorgverlener in het ziekenhuis technischer wordt en zich meer specialiseert. De zorgverleners van het ziekenhuis richten zich meer vanuit hun expertise en specialistische kennis op het coachen en begeleiden van patiënten en zorgverleners buiten het ziekenhuis. Een verpleegkundige in het ziekenhuis wordt meer een specialist en coach dan een verzorgende en heeft specifieke kennis nodig van zorg, data en techniek om de patiënt en het zorgteam te kunnen begeleiden bij de zorg. In de toekomst zou dit kunnen betekenen dat er binnen de groep zorgverleners verschillende specialisaties gaan ontstaan, een specialisme wat zich ontwikkelt richting het beoordelen van data en technische aspecten van zorg en een andere welke zich meer richt op de traditionele kant van de zorg, waarbij het persoonlijk contact en de subjectiviteit met de patiënt meer een rol speelt.

Literatuurlijst

139815 Beademings-, randapparatuur, onderhoud en 24/7 service NFU 4 CTB''s. (n.d.).

Aanpak personeelstekort zorg werkt. (2019). Retrieved from

<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/05/23/aanpak-personeelstekort-zorg-werkt>

Agarwal, R., Gao, G. G., DesRoches, C., & Jha, A. K. (2010a). The digital transformation of healthcare: Current status and the road ahead. *Information Systems Research*, *21*(4), 796–809.

<https://doi.org/10.1287/isre.1100.0327>

Agarwal, R., Gao, G. G., DesRoches, C., & Jha, A. K. (2010b). The digital transformation of healthcare: Current status and the road ahead. *Information Systems Research*, *21*(4), 796–809.

<https://doi.org/10.1287/isre.1100.0327>

Barnard, A., & Sandelowski, M. (2001). Technology and humane nursing care: (Ir)reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, *34*(3), 367–375. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01768.x>

Bauer, K. (2004). Cybermedicine and the moral integrity of the physician-patient relationship. *Ethics and Information Technology*, *6*(2), 83–91. <https://doi.org/10.1007/s10676-004-4591-7>

Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., ... Sheikh, A. (2011). The impact of ehealth on the quality and safety of health care: A systematic overview. *PLoS Medicine*, *8*(1), 1–16.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000387>

Brennan, P. F., & Bakken, S. (2015). Nursing Needs Big Data and Big Data Needs Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, *47*(5), 477–484. <https://doi.org/10.1111/jnu.12159>

Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M. C., & Blumenthal, D. (2011). The benefits of health information technology: A review of the recent literature shows predominantly positive results. *Health Affairs*, *30*(3),

464–471. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0178>

Code rood in de zorg. (2020). Retrieved from

<https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4961406/zorg-verpleegkundige-verhalen-personeelstekort>

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory (3rd ed.)*. Sage Publications. <https://doi.org/https://dx-doi-org.eur.idm.oclc.org/10.4135/9781452230153>

CTB Scholing. (n.d.). Retrieved from <https://www.ctbscholing.nl/index.php>

- Dimitrov, D. V. (2016). Medical internet of things and big data in healthcare. *Healthcare Informatics Research*, 22(3), 156–163. <https://doi.org/10.4258/hir.2016.22.3.156>
- Easterby-Smith, M., Richard, T., Jackson, P. R., & Jaspersen, L. J. (2018). *Management & Business Research* (6th ed.). Sage Publications.
- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). THEORY BUILDING FROM CASES: OPPORTUNITIES AND CHALLENGES. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25–32.
- Er komen meer werknemers in de zorg dan er weggaan. (2019). Retrieved from <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/48/er-komen-meer-werknemers-in-de-zorg-dan-er-weggaan>
- Erikson, H., & Salzmänn-Erikson, M. (2016). Future Challenges of Robotics and Artificial Intelligence in Nursing: What Can We Learn from Monsters in Popular Culture? *The Permanente Journal*, 20(3), 15–17. <https://doi.org/10.7812/TPP/15-243>
- Eriksson, P., & Kovalainen, A. (2016). *Qualitative methods in Business Research* (2nd editio). Sage Publications.
- Farahani, B., Firouzi, F., Chang, V., Badaroglu, M., Constant, N., & Mankodiya, K. (2018). Towards fog-driven IoT eHealth: Promises and challenges of IoT in medicine and healthcare. *Future Generation Computer Systems*, 78, 659–676. <https://doi.org/10.1016/j.future.2017.04.036>
- Fogel, A. L., & Kvedar, J. C. (2018). Artificial intelligence powers digital medicine. *Npj Digital Medicine*, 1(1), 3–6. <https://doi.org/10.1038/s41746-017-0012-2>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Harrison, S., & Smith, C. (2003). NEO-BUREAUCRACY AND PUBLIC MANAGEMENT: THE CASE OF MEDICINE IN THE NATIONAL HEALTH SERVICE. *Competition & Change*, 7(4), 243–254. <https://doi.org/10.1080/1024529042000197077>
- Hoe hard stijgen de zorgkosten als we niet ingrijpen? (2018). Retrieved from <https://nos.nl/artikel/2229196-hoe-hard-stijgen-de-zorgkosten-als-we-niet-ingrijpen.html>
- HOMERUN Initiation of home mechanical ventilation at home in a selective group of patients with chronic hypercapnic respiratory failure in the Netherlands. (2019). Retrieved from <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/doelmatigheidsonderzoek/homeruninitiation-of-home-mechanical-ventilation-at-home-in-a-selective-group-of-patients-with-chro/>

- ING Economisch Bureau. (2019). Digitale ziekenhuiszorg Inhoud. Retrieved from <https://www.ing.nl/zakelijk/kennis-over-de-economie/uw-sector/gezondheidszorg/digitale-vernieuwing-zorg.html>
- Instelprotocol in de thuissituatie van NIV 20200402b. (n.d.).
- Jansen, G. (2020). Deze 3 grafieken laten zien waarom de zorg onbetaalbaar wordt – we moeten kiezen voor hogere belastingen of minder vergoedingen. Retrieved from <https://www.businessinsider.nl/zorg-uitgaven-groei-wopke-hoekstra/>
- Jha, S., & Topol, E. J. (2016). Adapting to artificial intelligence: Radiologists and pathologists as information specialists. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(22), 2353–2354. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17438>
- Kalberg, S. (1980). Max Weber ' s Types of Rationality : Cornerstones for the Analysis of Rationalization Processes in History. *American Journal of Sociology*, 85(5), 1145–1179.
- Kennedy, M. ., & Moen, A. (2017). Nurse Leadership and Informatics Competencies : Shaping Transformation of Professional Practice in Forecastng Informatics Competencies for Nurses in the Future of Connected Health, 0, 197–206. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-738-2-197>
- Kitchener, M., Caronna, C. A., & Shortell, S. M. (2005). From the doctor's workshop to the iron cage? Evolving modes of physician control in US health systems. *Social Science and Medicine*, 60(6), 1311–1322. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.07.008>
- Koers 23 Technologie en Toewijding*. (2019).
- Koivunen, M., & Saranto, K. (2018). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: a systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 24–44. <https://doi.org/10.1111/scs.12445>
- Kuijper, K. (2016). Zorg in Europa: Nederland behoort tot duurste én beste. Retrieved from <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2017/zorg-europa-nederland-behoort-tot-duurste-en-beste>
- Porter-O'Grady, T. (2014). Getting past widgets and digits: The fundamental transformation of the foundations of nursing practice. *Nursing Administration Quarterly*, 38(2), 113–119. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000021>
- Reich, A. (2012). Disciplined doctors: The electronic medical record and physicians' changing relationship to medical knowledge. *Social Science and Medicine*, 74(7), 1021–1028. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.032>

- Ruwaard van Putten Ziekenhuis failliet. (2013). Retrieved from <https://www.rijnmond.nl/nieuws/103990/Ruwaard-van-Putten-Ziekenhuis-failliet>
- Schwab, K. (2016). *The Fourth Industrial Revolution*. Retrieved from www.weforum.org
- van der Walle, E., & Paauwe, C. (2018). Een zwarte dag voor de gezondheidszorg. Retrieved from <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/10/25/vragen-vragen-nu-is-het-woord-aan-de-politiek-a2752853>
- van Galen, I. (2019). Te weinig medewerkers in de zorg. Retrieved from <https://www.metronieuws.nl/in-het-nieuws/2019/10/te-weinig-medewerkers-in-de-zorg-het-gaat-een-keer-mis>
- Visie Innovatie CTB - Concept. (n.d.).
- Walczak, D., & Ritzer, G. (1988). Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians. *Social Forces*, *67*(1), 1–22.
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *The American Journal of Sociology*, *70*(2), 137–158.
- Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications* (6th ed.). Sage Publications.

Bijlage I: Opzet interviews zorgverleners

Interview zorgverleners: 30 – 60 minuten

Opzet interviews zorgverleners 1 + 2

Inleiding:

- Bedanken voor medewerking
- Vaststellen dat medewerker vrijwillig meewerkt
- Vertellen over studie en onderzoek
- Benadrukken anonimiteit: in data wordt verwezen naar zorgverlener 1,2 enz.
- Bespreken en toestemming vragen opnemen interview

Vragen op Onderwerp, vragen eronder vooral bedoeld als voorbeeld bij stilvallen geïnterviewde:

- **Achtergrond van zorgverlener – bedoelt als ijsbreker**
 - o Kun je iets over jezelf vertellen?

Thema's:

- **Digitalisering/manier van werken**
 - o Kun je een gewone werkdag beschrijven?
 - o Met welke tools werk je?
 - o Hoe ga je daarmee om?
 - o Wat is voor jou belangrijk in je werk?
 - o Ben je betrokken bij of weet je van de Homerun studie?
 - o Wat betekent die ontwikkeling voor jou?
 - o Hoe helpt het jou (niet)?
- **Kwaliteit**
 - o Wat betekent kwaliteit voor jou?
 - o Het je het gevoel/idee dat je optimaal je werk kunt doen voor de patiënt?
 - o Hoe kan dit beter?
 - o Hoe zie je de "Homerun" ontwikkeling in relatie tot kwaliteit?
 - o Hoe zorg je dat de kwaliteit hoog blijft?
- **Relatie patiënt-zorgverlener**
 - o Hoe is je professionele relatie met een patiënt anders dan wanneer een patiënt in het ziekenhuis ligt? Kun je dat toelichten?
 - o Hoe gaat het thuiscontact?
 - o Wat gaat er veranderen wanneer verder gedigitaliseerd wordt (Homerun)?

Afsluiting:

- Heb je het idee dat er nog iets mist en je wilt toevoegen?
- Welke collega zou ik nog meer kunnen vragen voor een interview?

Bedanken voor het interview

Opzet interviews zorgverlener 3

Inleiding:

- Bedanken voor medewerking
- Vaststellen dat medewerker vrijwillig meewerkt
- Vertellen over studie en onderzoek
- Benadrukken anonimiteit: in data wordt verwezen naar zorgverlener 1,2 enz.
- Bespreken en toestemming vragen opnemen interview

Vragen op Onderwerp, vragen eronder vooral bedoeld als voorbeeld bij stilvallen geïnterviewde:

- **Achtergrond van zorgverlener – bedoelt als ijsbreker**
 - o Kun je iets over jezelf vertellen?

Thema's:

- **Digitalisering/manier van werken**
 - o Corona maatregel om per direct thuis in te stellen i.p.v. een opname op de IC, hoe is dat voor jou?
 - o Hoe ga je met deze suboptimale situatie om? (want apparatuur is nog niet geschikt, aanbesteding voor vernieuwing loopt)
 - o Hoe ervaar je de ontwikkelingen dat er met de nieuwe apparatuur straks veel data binnenkomt over de patiënt?
 - o Heb je het gevoel dat je kunt vertrouwen op de data?
- **Kwaliteit**
 - o Heb je het gevoel/idee dat je optimaal je werk kunt doen voor de patiënt?
 - o Hoe kan dit beter?
 - o Hoe zorg je dat de kwaliteit hoog blijft?
 - o Vertrouwen in telefonisch contact en daar mee samenhangende rapportages.
 - o Hoe belangrijk is de "klinische blik" voor jou?
- **Relatie patiënt-zorgverlener**
 - o Hoe is je professionele relatie met een patiënt anders dan wanneer een patiënt in het ziekenhuis ligt? Kun je dat toelichten?
 - o Hoe gaat het thuiscontact?
 - o Kun je vertellen wat het voor jou betekent om een patiënt op een andere manier te leren kennen?

Afsluiting:

- Heb je het idee dat er nog iets mist en je wilt toevoegen?
- Welke collega zou ik nog meer kunnen vragen voor een interview?
- Bedanken voor het interview

Opzet interview zorgverlener 4

Inleiding:

- Bedanken voor medewerking
- Vaststellen dat medewerker vrijwillig meewerkt
- Vertellen over studie en onderzoek
- Benadrukken anonimiteit: in data wordt verwezen naar zorgverlener 1,2 enz.
- Bespreken en toestemming vragen opnemen interview

Vragen op Onderwerp, vragen eronder vooral bedoeld als voorbeeld bij stilvallen geïnterviewde:

- **Achtergrond van zorgverlener – bedoelt als ijsbreker**
 - o Kun je iets over jezelf vertellen?

Thema's:

- **Digitalisering/manier van werken**
 - o Corona maatregel om per direct thuis in te stellen i.p.v. een opname op de IC, hoe is dat voor jou?
 - o Hoe ga je met deze suboptimale situatie om? (want apparatuur is nog niet geschikt, aanbesteding voor vernieuwing loopt)
 - o Hoe ervaar je de steeds verdergaande ontwikkelingen mbt data/computers (vb: 24/7 uit kunnen lezen van patientendata)
 - o Heb je het gevoel dat je kunt vertrouwen op de data?
 - o Hoe belangrijk is de menselijke factor voor jou? Kun je voorbeelden geven?
- **Kwaliteit**
 - o Heb je het gevoel/idee dat je optimaal je werk kunt doen voor de patiënt op dit moment?
 - o Hoe kan dit beter? (helpt digitalisering daarbij)
 - o Kun je data goed beoordelen zonder dat je de patiënt kent?
 - o Hoe belangrijk is de "klinische blik" voor jou?
 - o Hoe ervaar je de veldnorm? (Helpt die jou of zit die in de weg?){protocollen hoe zorg verleend moet worden, bijvoorbeeld instellen moet op de IC, nu met Covid hoeft het ineens niet en kan het wel anders}
- **Relatie patiënt-zorgverlener**
 - o Hoe is het om bij mensen thuis te komen?
 - o Hoe is dat anders dan bij opname in het ziekenhuis?
 - o Hoe is jouw rol anders dan wanneer je aan het bed staat?
 - o Kun je vertellen wat het voor jou betekent om een patiënt op een andere manier te leren kennen?
 - o Is het moeilijker afstand nemen tot een patiënt?

Afsluiting:

- Heb je het idee dat er nog iets mist en je wilt toevoegen?
- Welke collega zou ik nog meer kunnen vragen voor een interview?
- Bedanken voor het interview

Opzet interview zorgverlener 5

Inleiding:

- Bedanken voor medewerking
- Vaststellen dat medewerker vrijwillig meewerkt
- Vertellen over studie en onderzoek
- Benadrukken anonimiteit: in data wordt verwezen naar zorgverlener 1,2 enz.
- Bespreken en toestemming vragen opnemen interview

Vragen op Onderwerp, vragen eronder vooral bedoeld als voorbeeld bij stilvallen geïnterviewde:

- **Achtergrond van zorgverlener – bedoelt als ijsbreker**
 - o Kun je iets over jezelf vertellen?

Thema's:

- **Digitalisering/manier van werken**
 - o Corona maatregel om per direct thuis in te stellen i.p.v. een opname op de IC, hoe is dat voor jou?
 - o Hoe ga je met deze suboptimale situatie om? (want apparatuur is nog niet geschikt, aanbesteding voor vernieuwing loopt)
 - o Hoe ervaar je de steeds verdergaande ontwikkelingen mbt data/computers (vb: 24/7 uit kunnen lezen van patientendata)
 - o Hoe belangrijk is de menselijke factor voor jou? Kun je voorbeelden geven?
 - o Hoe is dat voor patiënten?
- **Kwaliteit**
 - o Heb je het gevoel/idee dat je optimaal je werk kunt doen voor de patiënt op dit moment?
 - o Hoe kan dit beter? (helpt digitalisering daarbij)
 - o Kun je data goed beoordelen zonder dat je de patiënt kent?
 - o Hoe belangrijk is de “klinische blik” voor jou?
 - o Hoe ervaar je de veldnorm? (Helpt die jou of zit die in de weg?){protocollen hoe zorg verleend moet worden, bijvoorbeeld instellen moet op de IC, nu met Covid hoeft het ineens niet en kan het wel anders}
- **Relatie patiënt-zorgverlener**
 - o Hoe is het om bij mensen thuis te komen?
 - o Hoe is dat anders dan bij opname in het ziekenhuis?
 - o Hoe is jouw rol anders dan wanneer je aan het bed staat?
 - o Kun je vertellen wat het voor jou betekent om een patiënt op een andere manier te leren kennen?
 - o Is het moeilijker afstand nemen tot een patiënt?

Afsluiting:

- Heb je het idee dat er nog iets mist en je wilt toevoegen?
- Welke collega zou ik nog meer kunnen vragen voor een interview?
- Bedankten voor het interview

Opzet interview manager Centrum voor Thuisbeademing

Doel: Beeld krijgen van manier van werken van het CTB en mate van digitalisering en haar perceptie bij wat haar medewerkers ervaren in het dagelijks werk om zo te weten wat er speelt en daar zo nodig op in te gaan bij de interviews met zorgverleners.

Inleiding:

- Bedanken voor medewerking
- Vaststellen dat medewerker vrijwillig meewerkt
- Vertellen over studie en onderzoek
- Benadrukken anonimiteit: in data wordt verwezen naar zorgverlener 1,2 enz.
- Bespreken opnemen interview

Op Onderwerp:

- **Ontstaan van CTB;** Reden en wanneer
- **Structuur afdeling;** vaste medewerkers? Leiding/management? Welke ziektebeelden?
- **Manier van werken;** bijvoorbeeld: hoe is er patiëntcontact en hoe vaak?
- **Hoeveel IT?** Wordt de apparatuur thuis ingesteld of alleen op de poli? Gaan artsen ook naar patiënten toe? Is er telefonisch contact met patiënten?
- **Actuele technologische ontwikkelingen;** Wat speelt er nu? Beademing kan niet op afstand uitlezen. Software 1^{ste} fase, studie homerun landelijk; aanbesteding
- **Thuis instellen van patiënten**
- **Mening over ontwikkelingen** op gebied van zorg op afstand: heeft het potentie voor andere ziektebeelden? Alleen uit noodzaak of goed voor de patiënt? Is en hoe is het werk veranderd voor een arts of verpleegkundige?

Perceptie van ervaringen van medewerkers: wat vinden ze naar jouw idee van deze manier van werken. Heeft het jouw rol veranderd en hoe?