

PROJECT EHEALTH IN DE WIJK

ONTWIKKELING KEUZEHULP

EINDVERSLAG

Lectoraat ICT Innovaties in de Zorg

Astrid Emmink, student Hogeschool Windesheim | S1079500 |

Zwolle, 30 mei 2018



Voorwoord

Voor u ligt het afstudeerverslag van het project eHealth in de Wijk, met betrekking tot de ontwikkeling van de 'keuzehulp'. Dit afstudeerverslag is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Industrieel Product Ontwerpen aan Hogeschool Windesheim.

Van eind januari tot begin juni heb ik mij bezig gehouden met het opdoen van nieuwe gebruikersinzichten, dit vertalen naar productideeën om uiteindelijk een eindprototype op te leveren waar usability tests mee gedaan kunnen worden.

Ik sluit met dit verslag een waardevolle, intensieve, uitdagende en vooral leerzame periode af bij het lectoraat ICT innovaties in de zorg. Buiten Wouter Keuning, mijn bedrijfsbegeleider en tevens collega, wil ik ook de andere collega's bedanken voor de prettige samenwerking, ik heb mij echt een onderdeel gevoeld van het onderzoeksteam!

Vanuit school wil ik graag Nico Smeenk bedanken voor de fijne coachingsgesprekken als ik even bevestiging of bijsturing nodig had, of om gewoon even te sparren.

Voor de gebruikersinzichten wil ik graag alle wijkverpleegkundigen bedanken die wij hebben mogen spreken tijdens de sessies.

Last but not least wil ik graag stilstaan bij het rotsvaste vertrouwen en support die mijn dierbaren mij hebben gegeven de afgelopen maanden, zonder jullie had ik het zeker niet gekund!

Tot slot wil ik u heel veel leesplezier toewensen!

Astrid Emmink, Zwolle, 30 mei 2018

Inleiding

Wijkverpleegkundigen hebben sinds 2015 de verantwoordelijkheid om zorg in de thuis-situatie te indiceren. Zij bepalen welke zorg cliënten nodig hebben en hoe die zorg het best geleverd kan worden. De inzet van eHealth interventies is daarbij om meerdere redenen wenselijk. Bij het behoud van zoveel mogelijk zelfredzaamheid en eigen regie van cliënten kan eHealth helpend zijn. Wijkverpleegkundigen zijn echter niet altijd volledig op de hoogte van het gehele brede aanbod aan bestaande en nieuwe eHealth-toepassingen. Daarnaast moeten zij nog ervaring opdoen met het inzetten en toepassen van eHealth bij het vaststellen van zorg in hun dagelijkse praktijk. Het lectoraat heeft reeds een inspirerende rapportage opgeleverd over de obstakels waar de wijkverpleegkundigen tegenaan lopen en hoe het wijkverpleegkundig werkproces verloopt. Het moment is aangebroken dat er instrumenten ontwikkeld gaan worden die de wijkverpleegkundige in deze informatie-behoefte voorziet. Onderdeel van de afstudeeropdracht is de ontwikkeling van een 'keuzehulp' die de wijkverpleegkundige informeert over eHealth.

Voor deze ontwikkeling is nauw samengewerkt met de beroepspraktijk. Het ontwerp kent hierdoor ook diverse iteratieslagen. Dit verslag beschrijft de ontwikkeling van de 'keuzehulp' stapsgewijs en zou de volgende hoofdstukken kennen:

Beginnend met hfst. 1 met daarin Achtergrondinformatie van het project voor u als lezer. Gevolgd door het vooronderzoek in medische terminologie en het huidige onderzoek van het lectoraat. Hfst. 3 beschrijft het gebruikersonderzoek en de totstandkoming van de Persona's en Customer Journey. Op basis van de inzichten uit het gebruikersonderzoek kon de ideegeneratie van start gaan. Hfst. 5 beschrijft de ontwerpvisie die voortgekomen is uit vele werkoverleggen binnen het onderzoeksteam. Het was tijd voor de ontwikkeling van de eerste mockup, hfst. 6 beschrijft het voorleggen van deze mockup. Met behulp van de resultaten uit deze sessie kon het eindontwerp ontwikkeld worden, hfst. 7 gaat in op het ontwikkelingsproces en de gemaakte keuzes. Dit zodat in hfst. 8 het eindontwerp aan u gepresenteerd kan worden. Hfst. 9 zal de usability tests aankondigen. Om tot slot het verslag af te sluiten met de aanbevelingen.

Samenvatting

Met ingang van 1 januari 2015 zijn wijkverpleegkundigen zelf verantwoordelijk voor de indicatiestelling en zorgtoewijzing voor verzorging en verpleging aan huis. Er wordt gestuurd op meer inzet van eHealth voor het verhogen van de zelfredzaamheid van de cliënt. Uit onderzoek is gebleken dat de wijkverpleegkundige hier niet op is toegerust.

Het onderzoeksteam heeft het wijkverpleegkundig werkproces in kaart gebracht met behulp van een Customer Journey dit zodat zij kansrijke momenten kon achterhalen waarop ingespeeld kan worden met eventuele bewustwordings- en informatieve producten.

Een set aan productideeën, elk passend bij een ander moment uit de Customer Journey, is voorgelegd aan de potentiële eindgebruikers. In nauwe samenwerking

met de eindgebruikers is op iteratieve wijze een applicatie tot stand gekomen die in de informatiebehoefte van de wijkverpleegkundige kan voorzien.

Daar waar bij aanvang van het project wordt gesproken over een dergelijke keuzehulp heeft het onderzoeksteam haar visie bijgesteld en wil zij sturen op bewustwording en inspireren van de wijkverpleegkundigen. Het onderzoeksteam wil de intelligentie bij de wijkverpleegkundige laten, en zij geloofd er dan ook in dat de wijkverpleegkundige niet geholpen gaat zijn met complexe vraagstructuren.

Het onderzoek brengt naar voren dat de positieve houding ten aanzien van eHealth ter discussie gesteld kan worden. Want zoveel is er in de laatste jaren helemaal niet bijgekomen, daar bij komend is het scala aan eHealthtoepassingen (nog) niet groot genoeg om alle aandachtsgebieden van de wijkverpleegkundige af te dekken.

Abstract

Since 1 January 2015, district nurses are responsible for the indication and care allocation for care in home care. The focus is on increasing the use of eHealth for improving the self-reliance of the client. Research has shown that the district nurse is not equipped for this.

The research team mapped out the working process of the home care nurses with the help of a Customer Journey. One of the main advantages of a Customer Journey is that it could identify promising opportunities upon which the research team can respond with awareness and informative products.

A set of product ideas, each matching a different moment from the Customer Journey, has been presented to potential end users. In close cooperation with the end users, an application has been created in an iterative manner that can meet the information needs of the home nurses.

The project proposal talks about developing a decision support system. But based on the insights of the research team has adjusted its vision and wants to steer on awareness and inspiring the homecare nurses. The research team wants to leave the intelligence with the home care nurses, and she believes that the home care nurse will not be helped with complex demand structures.

The research shows that the positive attitude towards eHealth can be questioned. Because so much has not been added in the last few years. On top of that the range of eHealth applications is not (yet) large enough to cover all areas of focus of the home care nurse.

Inhoudsopgave

1. Achtergrond	8	4. Idee generatie	52
1.1 Aanleiding opdracht	9	4.1 Eerste ideeën	53
1.2 Doel afstudeeropdracht	10	4.2 Brainstormen	60
1.3 Team	11	4.2.1 Brainstormsessie 2	62
1.4 Stakeholders	12	4.3 Conceptualiseren	6 8
1.5 Wie ben ik?	13	4.4 Afbakening	7 2
2. Vooronderzoek	14	4.5 Voorleggen ideeën	7 4
2.1 Huidig onderzoek van het lectoraat	15	4.6 Conceptkeuze	7 6
2.2 Klinisch redeneren	19	4.7 Programma van Eisen	78
2.3 Classificatiesystemen	22	5. Ontwerpvisie	80
2.4 Gordon	23	6. Ontwikkeling 1e mockup	84
2.5 Carpenito	23	6.1.1 Mockup 1 versie 1	86
2.6 Marktonderzoek	24	6.1.2 Mockup 1 versie 2	88
2.7 User Experience Design Garrett	26	6.2 Cardsorting opdracht	90
3. Gebruikersonderzoek	27	6.3 Voorleggen mockup	92
3.1 Persona's	28	6.4 Reflectie	95
3.2 Customer Journey	34		
3.2.1 Overeenkomende inzichten	38		
3.2.2 Customer Journey	39		
3.3 Kansrichtingen	44		

7. Ontwikkelingsproces	96
7.1 Strategy	96
7.2 Scope	98
7.3 Structure	101
7.4 Skeleton	104
7.5 Surface	108
8. Eindresultaat	110
9. Usability testing	116
10. Aanbevelingen	117
11. Bronvermelding	118

1

ACHTERGROND

Het projectvoorstel voor het project eHealth in de wijk is geschreven in 2015, inmiddels is het al 2018 en heeft het onderzoeksteam niet stilgezeten. Er zijn waardevolle tussenrapportages opgeleverd die goed inzichtelijk maken hoe het klinisch redeneren van de wijkverpleegkundige verloopt. De tijd is aangebroken dat dit onderzoek vertaald gaat worden naar de eerste mock-ups voor een keuzehulp. Deze keuzehulp heeft het doel om de wijkverpleegkundige te voorzien in informatie over eHealth zodat zij dit meer in zal zetten bij haar cliënten. Het komende halfjaar zou ik het lectoraat ondersteunen bij het ontwikkelen en vormgeven van deze keuzehulp. Daar waar nodig zullen we samen kijken naar andere onderdelen die nodig zijn voor het juist implementeren van de instrumenten.



1.1 Aanleiding opdracht

Met ingang van 1 januari 2015 zijn wijkverpleegkundigen zelf verantwoordelijk voor de indicatiestelling en zorgtoewijzing voor verzorging en verpleging aan huis. De wijkverpleegkundige moet op basis van de individuele situatie van de cliënt bepalen welke zorg hij of zij nodig heeft. En door wie deze het beste geleverd kan worden. Denk bijvoorbeeld aan: verzorgenden, mantelzorgers, wijkverpleegkundigen en/of andere hulpverleners.

Zorgverzekeraars leggen allerlei randvoorwaarden op richting de zorgorganisaties van de wijkverpleegkundigen. Punten waar de focus onder andere op wordt gelegd vanuit de zorgverzekeraar zijn: het bevorderen van zelfredzaamheid en de inzet van eHealth.

Aangezien wijkverpleegkundigen op dit moment niet of nauwelijks ervaring hebben met het inzetten en toepassen van technologische toepassingen zoals eHealth, blijft de grootschalige inzet hiervan ook uit. Ze beperken zich tot de mogelijkheden die door hun organisatie wordt aangeboden, onbekendheid met het complete aanbod aan interventies/hulpmiddelen spelen hierin ook een grote rol. Ook de cliënt is veelal niet op de hoogte van het begrip eHealth, waardoor vanuit hen ook geen initiatief wordt genomen.

De wijkverpleegkundige houdt vast aan het klinisch redeneren, allerlei verschillende classificatiesystemen worden hierbij gehanteerd. Een dergelijk hulpmiddel die hen op basis van deze diagnoses en interventies helpt geschikte eHealth toepassingen in te zetten is nog niet ontwikkeld.

Concrete aanleiding van het project was toen tijdens de nascholingstrainingen die werden gehouden in 2015 wijkverpleegkundigen aangaven dat ze niet toegerust zijn om aan de minimumeisen van de zorgverzekeraars te voldoen. Wijkverpleegkundigen kampen met een groot informatie- en kennistekort bij het klinisch redeneren over, en het inzetten van, eHealth.

De doelstelling van het project is als volgt; het in staat stellen van wijkverpleegkundigen om autonoom en doelmatig, op basis van klinisch redeneren, eHealth te indiceren en in te zetten bij cliënten.

1.2 Doel afstudeeropdracht

Het project eHealth in de wijk loopt al enkele jaren, en heeft aan het begin vastgesteld dat er verschillende producten opgeleverd gaan worden. Waaronder verschillende rapportages, met inzage in hoe de praktijk eruit ziet en waar de wijkverpleegkundige tegenaan loopt. Uiteraard de bij de inleiding beschreven keuzehulp, deze zal ondersteund worden door een trainingsmodule. Dit alles dient geborgd te worden en onderhouden te worden. Hiervoor zal een business case opgeleverd worden.

De afstudeeropdracht zou gericht zijn op het ontwikkelen van de keuzehulp. Praktische toepasbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van de keuzehulp worden gewaarborgd

doordat deze middels participatief ontwerp samen met wijkverpleegkundigen van zorgorganisaties De Stouwe, de ZorgZaak en IJsselheem zal worden ontwikkeld. Zie hiervoor ook 1.4 Stakeholders.

De andere producten vallen out of scope van de afstudeeropdracht, doelend op de trainingsmodule en business case. Het is wel denkbaar dat ik voor de verdere visuele uitwerking van de trainingsmodule nog ingezet ga worden zodat deze consistent is met de keuzehulp. Ook zijn er speculaties over of het geen toolkit moet worden met verschillende attributen, dit kan dus nog niet concreet gesteld worden. De uitwerking zou dan dus ook een kaarten set, waaier etc. kunnen omvatten.



1.3 Team

Het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg bestaat uit een hecht team van (associate) lectoren, promovendi en onderzoekers, onder leiding van lector dr. ir. Marike Hettinga.

Het lectoraat richt zich met haar werkzaamheden op het overbruggen van de kloof tussen projecten met veelbelovende ICT-innovaties en de structurele inbedding hiervan in de zorgpraktijk. De onderzoekers vertalen onderzoeksresultaten in publicaties en delen deze tijdens workshops, seminars en netwerkbijeenkomsten: interactieve uitwisselingen tussen het lectoraat en de zorgpraktijk waarbij kennis verder wordt verdiept en verrijkt.



Annemarie van Hout
Projectleider
Onderzoeker lectoraat



Loes Bulle
Onderzoeker lectoraat



Hilco Prins
Onderzoeker lectoraat



Wouter Keuning
Bedrijfsbegeleider
Applicatie Ontwikkelaar



Rik Wesselink
Onderzoeker lectoraat
Interactieontwerper

1.4 Stakeholders



Kennisinstelling Windesheim

Voor Windesheim is het projectbelang tweeledig, enerzijds is dit het vergroten van de expertise rondom het implementatieproces en de toepassing van eHealth, anderzijds is dit het borgen van het thema eHealth in het verpleegkunde onderwijs.



Deelnemende zorgorganisaties IJsselheem, de Stouwe en de ZorgZaak

Zorgverzekeraars leggen zoals hierboven is omschreven allerlei randvoorwaarden en minimumeisen op. Wijkverpleegkundigen spelen een cruciale rol bij het vervullen van deze eisen. De drie zorgorganisaties willen hun wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk ondersteunen in het behalen van deze inkoopvereisten.



Bij Zorgcampus Noorderboog en Zorgtrainingscentrum Zwolle zijn diverse zorginstellingen, onderwijsinstellingen en lokale overheden aangesloten. Zij zetten zich in om nascholingstrajecten te verzorgen voor (wijk-)verpleegkundigen, volgens de laatste inzichten. Zodat zij hen kunnen voorbereiden op de toekomstige ontwikkelingen binnen de zorg.



ActiZ, V&VN en Vilans maken zich sterk voor de ontwikkeling van de branche en het beroep. Het belang van dit project is voor hen dat het kennis en hulpmiddelen genereert voor de beroepsgroep en de branche, waardoor zij beter voorbereid zijn op de toekomst.



Patiëntenfederatie NPCF en VitaalThuis Zetten zich in voor bredere implementatie van eHealth binnen de zorg. Ze hopen hun eHealth-keuzegidsen onder de man te brengen zodat de eHealth-toepassingen vaker zullen worden afgenomen.

1.5 Wie ben ik?



Tijdens mijn studie wist ik al snel dat ik geen “standaard” productontwikkelaar wilde worden. Mijn interesse ligt in praktijkgericht onderzoek en de ontwikkeling van het product: “diensten”. Waarbij naar mijn inziens zorgvuldig gebruikersonderzoek één van de meest essentiële stappen is van de ontwikkeling van succesvolle producten en diensten.

Mijn passie ligt in waardevolle “diensten” ontwikkelen voor de mensheid. De zorgsector trekt mij hierdoor al jaren. Na het volbrengen van mijn stage in Service Design en de minor Design Apps & Services was ik op zoek naar een zorg en ICT gerelateerde opdracht.

Laat ik deze combinatie nou precies vinden in het lectoraat. Ik kijk ernaar uit om de inzichten uit het onderzoek verder te vertalen naar Persona's en een Customer Journey zodat wij gezamenlijk de behoeften van de wijkverpleegkundigen nog verder boven tafel kunnen krijgen.

Zodat er een mooi aanbod aan hulpmiddelen en/of instrumenten ontwikkeld kan worden die de wijkverpleegkundige zou helpen bij het indiceren van eHealth. Om met elkaar de zorg nog doelmatiger te maken.

2 VOORONDERZOEK

Het onderzoeksteam heeft reeds een waardevolle rapportage opgeleverd die goed inzichtelijk maakt hoe het klinisch redeneren van de wijkverpleegkundige verloopt. Het was voor mij dan ook een logische stap om bij dit document te beginnen zodat ik zelf ook meer feeling zou krijgen bij het project. Terminologie als klinisch redeneren, Gordon, Carpenito en al die classificatiesystemen zeiden mij niets. Verdieping was ook hier gewenst.

Het project beschikt over vele partners, elk met hun eigen kennis en expertise. Door voor mijzelf inzichtelijk te maken waarover de projectpartners beschikken, denk bijvoorbeeld aan (product-) informatie, kan ik dit op een later moment actief inzetten bij de ontwikkeling van de keuzehulp. Analyse van de huidige hulpmiddelen van de partners, en eventuele concurrenten was gewenst.

Tot slot heb ik mij verder verdiept in dergelijke design tools en methods. Die de rode draad door mijn project zullen zijn.

2.1 Huidig onderzoek van het lectoraat

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

Onderstaande vragen stonden centraal in het onderzoek van het lectoraat:

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

Er is reeds onderzoek gedaan naar de huidige wijze van indiceren en klinisch redeneren van de wijkverpleegkundige.

In het onderzoek komt ook naar voren hoe zij de relatie met de cliënt beleven, wat zij in de praktijk tegenkomen en waar ze tegen aanlopen. Hoe besluiten voor de in te zetten zorg genomen worden, en wat de ervaringen met eHealth zijn.

Dit alles om een beter begrip te krijgen van wat de gebruikerscontext zou zijn van de mogelijke instrumenten danwel de keuzehulp. Maar ook om belemmeringen en mogelijke kansen boven water te halen. Zodat er een keuzehulp ontwikkelt kan worden die ook daadwerkelijk aansluit bij de potentiële gebruikers.

Uit de inzichten van het onderzoek zijn vijf interessante thema's ontstaan deze staan beschreven op de volgende pagina's.

1

Cliënt staat centraal

Vanuit een holistische kijk op de cliënt, het cliëntsysteem en de specifieke zorgsituatie bij de cliënt.

Wensen en behoeften van de cliënt spelen een grote rol. Daarbij speelt het sociale systeem rondom de cliënt ook een belangrijke rol.

Vertrouwen opbouwen is een belangrijk doel van de wijkverpleegkundige. Deze vertrouwensband wordt vaak voorop gesteld, dit kan zelfs betekenen dat wijkverpleegkundigen bepaalde interventies nog even uitstellen totdat de band sterk genoeg is om dit te introduceren.

Ze zijn ter gast bij de cliënt, dit beseffen ze zich erg goed. Ze zijn begaan met de cliënt en willen passende, persoonsgerichte zorg bieden.

2

Dilemma's in complexe zorgsituaties

In de dagelijkse praktijk komen vaak meerdere, met elkaar samenhangende gezondheidsproblemen en zorgvragen voor.

Cliën staat centraal, de wijkverpleegkundige wil hen regie geven, maar ze voelt zich tegelijkertijd verantwoordelijk voor haar cliënt en diens veiligheid. Deze complexiteit leiden tot dilemma's bij het vaststellen van de zorg.

Zelfmanagement en zelfredzaamheid worden veelvoudig als belangrijk aangekaart door de wijkverpleegkundigen. Opvallend hierin is dat er toch een verschillende uitleg aan deze begrippen gegeven wordt.

Het is lastig in te schatten waar verantwoordelijkheid begint en waar deze ophoudt. Hoe lang kan een potentieel onveilige situatie blijven bestaan zonder dat een deel van de zorg wordt overgenomen?

3

Klinisch redeneren en besluitvorming

Het indiceren verloopt allereerst voornamelijk op intuïtie, de expertise van de wijkverpleegkundige en de persoonlijke voorkeuren van een cliënt.

Het echt klinisch beredeneren gebeurt op kantoor, nadat het intakegesprek heeft plaatsgevonden. Dan evalueert de wijkverpleegkundige het gesprek, maakt zij actief afwegingen en prioriteert zij de zorg en wijst deze toe.

Het indiceren is afhankelijk van afspraken en procedures van de zorgorganisatie. Maar ook afspraken binnen het team en de werkwijze van de wijkverpleegkundige zelf.

In het zorgplan komen niet altijd expliciete verpleegkundigen diagnoses. Dit kunnen soms juist eerst acties zijn, zodat de wijkverpleegkundige via haar team nog meer informatie kan verzamelen.

4

Wat is eHealth?

eHealth is een breed en diffuus begrip, wijkverpleegkundigen weten niet precies wat er onder eHealth verstaan wordt. Specifieke toepassingen zoals beeldbellen worden gekoppeld aan eHealth. Terwijl de meer gebruikte toepassingen zoals personenalarmering niet altijd herkend worden als eHealth.

Informatie over eHealth vinden ze lastig te vinden en is erg versnipperd.

Buiten de informatie over eHealth is het stukje best practices helemaal een vervolgstap, kortom de toepassing van eHealth in cliëntsituaties.

Er worden voorwaarden gesteld aan eHealth: gebruiksvriendelijk; veilig; goede ondersteuning vanuit de zorginstelling.

Ze willen zelf eerst goed op de hoogte zijn voordat ze het aan de cliënt gaan adviseren.

5

Opvattingen over eHealth

De redenen die wijkverpleegkundigen aangeven waarom ze het moeilijk vinden eHealth in te zetten zijn voornamelijk gebaseerd op opvattingen en aannames.

- Ouderen zullen niet geschikt zijn voor eHealth. Aangezien zij niet om zouden kunnen gaan met dergelijke technologische innovaties.
- eHealth zou persoonsgerichte zorg in de weg staan doordat contactmomenten afgenomen kunnen worden. Voordat eHealth ingezet kan worden dient de vertrouwensband goed te zijn.
- De kosten voor de cliënt en de familie maken het belemmerend.
- De cognitieve vermogens van de cliënt zijn soms niet toereikend genoeg voor eHealth.
- Het zou fysieke zorg in de weg staan. Het goed kunnen monitoren bij de cliënt thuis zou lastiger zijn.



Inzichten

Ondersteuning bij de inzet van eHealth is gewenst, in de vorm van bijvoorbeeld e-Learning. Of het daadwerkelijk uitproberen van de eHealth-producten.

Wijkverpleegkundigen willen het liefst alle informatie over eHealth gebundeld op één makkelijk vindbare plek.

Ze willen in een dergelijk overzicht aan eHealth producten ook graag inzage in de kosten voor het product en wat de zorgverzekeraar vergoedt.

Belemmeringen

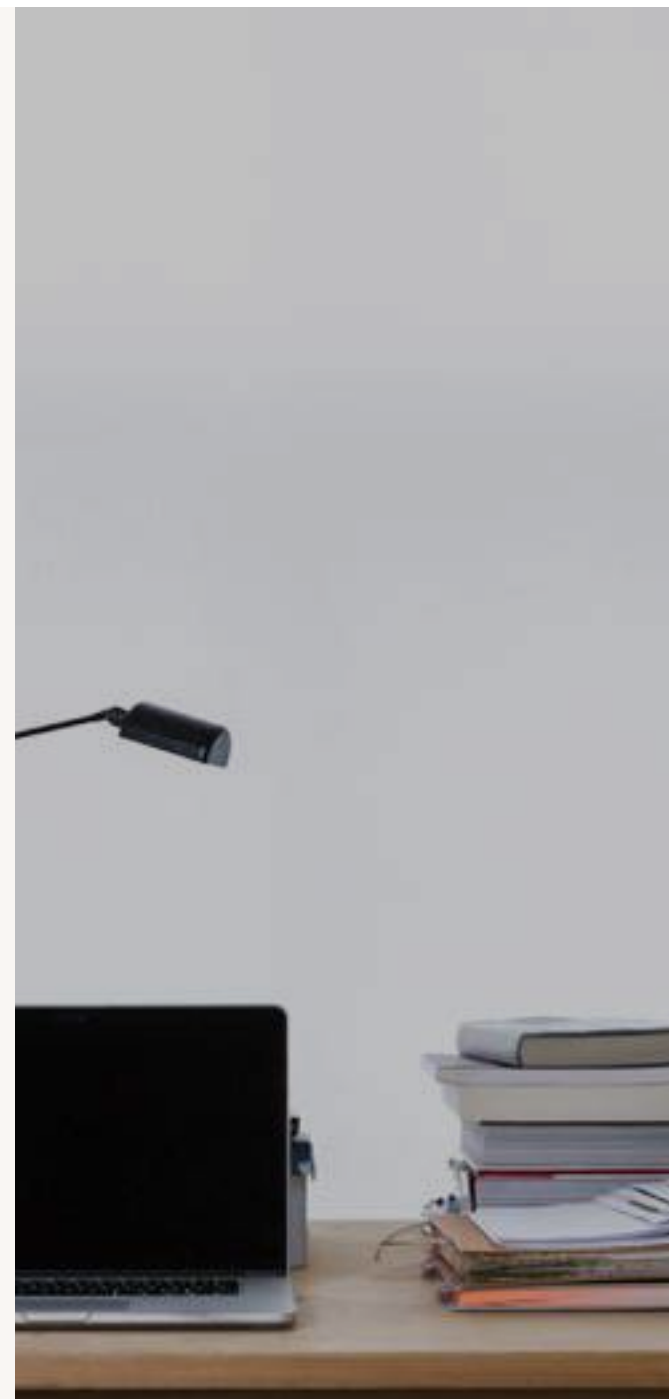
Er is gebrek aan tijd, bekende interventies liggen voor de hand.

De zorgorganisatie ondersteunt dergelijke innovaties nog niet waardoor de wijkverpleegkundigen deze nog niet kunnen inzetten.

Meeste keuzehulpen zijn gebouwd vanuit het oogpunt cliënt. Niet vanuit de wijkverpleegkundige indicatiestelling.

Er is (nog) geen koppeling tussen het klinisch redeneren, de verpleegkundige indicatiestelling, en de eHealth hulpmiddelen.

Er zijn nog geen best practices, wat het voor de wijkverpleegkundige lastig maakt in te schatten of het product van toegevoegde waarde kan zijn voor de cliënt.



2.2 Klinisch redeneren

Aan de basis van het vak (wijk) verpleegkunde ligt het klinisch redeneerproces. Verpleegkundige methodieken en classificaties ondersteunen de verpleegkundigen hierbij.

Het verpleegkundig proces: van het nadenken over de beste zorg voor de cliënt tot het nemen van besluiten en het daadwerkelijk uitvoeren van de zorg. Het overkoepelende thema is systematisch denken en handelen ofwel klinisch redeneren. Hieronder twee definities van de term klinisch redeneren.

'Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Het continue cyclisch proces van redeneren omvat risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring' (Lambregts et al. 2012)

'Klinisch redeneren is systematisch verpleegkundig handelen, verpleegkundig proces, verpleegkundige besluitvorming; denk- en keuzeprocessen leidt tot handelen. Onder handelen wordt dan niet alleen 'verpleegtechnisch' handelen verstaan, maar ook bijvoorbeeld het afnemen van een anamnese, nieuwe informatie verzamelen, observatie en het begeleiden van zorgvragers.' (Cingel 2014).

Klinisch redeneren helpt de verpleegkundige om methodisch te werken en de juiste zorg in te zetten. Bovenstaande definities beschrijven dat klinisch redeneren een continue en systematisch proces is van gegevens verzamelen, beoordelen, prioriteiten stellen en actie ondernemen.

Het verpleegkundig proces wordt door het klinisch redeneren methodisch en cyclisch, een aantal onderdelen volgen elkaar telkens op. Gedurende het gehele proces signaleert en monitort de verpleegkundige. De onderdelen van het klinisch redeneren staan in nauw verband met elkaar en hebben een logische opbouw. De volgende spread beschrijft de onderdelen uit het klinisch redeneerproces.

Het proces heeft als voordeel dat de verpleegkundige minder snel stappen overslaat, ervaring opbouwt en routine krijgt in het verpleegkundig handelen.

1 De anamnese is het gesprek waarbij de patiënt vertelt over zijn klachten, hoe hij deze ervaart, wat ze voor hem betekenen en hoe het beloop van de klachten is.

Voor de verpleegkundige staat centraal: Wat wil ik weten & waarom wil ik dit weten? Kijkend naar de zorginstelling en passend bij de zorgvraag. Er wordt een classificatie, en daarmee een ordening gekozen.

Allereerst initiële anamnese, gevolgt door een vervolg anamnese. Deze ontstaat door het observeren en meten waardoor er nieuwe informatie wordt toegevoegd. Een spoed anamnese zal ontstaan bij een acuut probleem. Een probleemgerichte anamnese is ook een vervolg anamnese maar dan specifiek bedoeld op één probleemgebied.

2 Bij de analyse kijk je naar welke risico's zijn er? Wat kan ik met de informatie uit de anamnese? Zijn er actuele problemen? En wat wil de cliënt?

Na verwerking van de informatie, en dus de gemaakte analyse kan een diagnose bepaald worden. Door nadere observatie, metingen en verdiepende vragen te stellen. Vanuit de diagnose kunnen ook prioriteiten gesteld worden. Waar gaan we als eerst aan werken?

3 Samen met de cliënt wordt er gekeken naar wat de wens is.

P: Probleem

E: beïnvloedende factoren

S: verschijnselen en symptomen

De beïnvloedende factoren dienen goed bepaald te worden (E), om vervolgens te controleren heb ik dan het juiste label bepaald (P). P+E, risico gebied, er zijn nog geen verschijnselen. P+S, probleem is er, oorzaak is niet duidelijk maar cliënt wenst dat er iets mee wordt gedaan.



Nursing Outcome Classification (NOC)

Belangrijk is dat het gewenste resultaat goed doorgesproken wordt met familie en andere betrokkenen. De wens van de cliënt dient meegenomen te worden in hoe dit resultaat bereikt kan worden. Je schrijft vanuit de cliënt.

Om het SMART doel te bereiken kunnen interventies ingezet worden.

Als wijkverpleegkundige kijk je terug naar de vorige stappen. Je inventariseert wat kan men nog zelf?

Wat kan cliënt zelf bijdragen aan het behalen van het resultaat. En wat zou de omgeving eventueel kunnen bijdragen. Ook wordt er gekeken naar eventuele voorzieningen (denk aan tafeltje dekje).

Dagelijks zou een rapportage bijgehouden worden. Waarin wordt vastgelegd wat de verpleegkundige heeft gezien. En of er dingen wellicht bijgesteld moeten worden.

Kijkend naar de resultaten, zijn ze nog steeds haalbaar? Of is de cliënt verbeterd/verslechterd en moet het plan aangepast worden.

De interventies zijn ingezet, we zijn aan de slag. Maar op welke wijze dragen de interventies daadwerkelijk bij aan het resultaat.

Terugkijken naar wat is er gebeurd en wat is het effect van het handelen.

Proces: hoe is het vorm gegeven, hoe ging de communicatie

Het gewenste resultaat zou een oplossing of vermindering zijn van de (S) verschijnselen van de diagnose. Dit dient dus goed aan te sluiten.

Je gaat een SMART doel formuleren; concreet, effectief, meetbaar, realistisch en in tijd.

Kortom: Moet ik als verpleegkundige iets doen of kan iemand anders dit ook doen?

Niet meer zorgen voor maar zorgen dat, wijkverpleegkundige regelt, kijkt mee maar gaat niet direct handelen.

Zorgtoewijzing valt hier ook onder: wie mag het doen, wanneer en in hoeveel tijd? Gebruik van de 5 w's (wie, wat, waar, welke, wanneer)

Er wordt gestructureerd gekeken naar het handelen. Dit kan accuut tijdens het handelen zelf maar ook tijdens de overdracht.

Redeneerhulpen zijn: SOAP of SBAR(R)

met de zorgvrager. Zijn wij tevreden, is de zorgvrager tevreden?

Resultaat: hebben we het doel behaald? Waardoor wel/niet? Op basis van deze evaluatie het plan bijstellen.

Structuur: valt een beetje onder werkoverleg, wat waren de middelen die nodig waren?

2.3 Classificatiesystemen

De paragraaf hiervoor beschrijft het klinisch redeneerproces van de (wijk)verpleegkundige. Hier werd al kort gesproken over dergelijke methodieken en classificaties die de verpleegkundige ondersteunen bij dit proces. Deze paragraaf gaat dieper in op deze classificatiesystemen en waarvoor deze dienen.

Allereerst wat is dan zo'n classificatie? Een classificatie is een gestandaardiseerde terminologie die gehanteerd wordt voor het vastleggen van de verschillende stappen in het verpleegkundig proces. Hierin worden de (cliënt) gegevens vastgelegd en geordend binnen bepaalde categorieën.

Er zijn verschillende classificatiesystemen op de markt, de meest bekenden zijn nog wel

NANDA/NIC/NOC en het OMAHA systeem. Waarbij bij NANDA/NIC/NOC uit wordt gegaan van de diagnoses, interventies en uitkomsten ordent OMAHA de gegevens met behulp van aandachtsgebieden, soort acties en activelakken.

***'Classificatie behelst het vaststellen, benoemen en systematisch ordenen van eenheden op grond van hun relaties. Voor een classificatiesysteem is een theoretische basis nodig om consistentie in het classificeren te waarborgen.'* (Gordon 2004).**

Door gebruik te maken van een classificatiesysteem kunnen hiaten gemakkelijker ontdekt worden, wanneer de verpleegkundige een categorie of aandachtsgebied vergeet valt dit namelijk op. De

gegevensstroom kan door zo'n systeem in goede banen worden geleid.

Een ander bijkomend voordeel is dat een classificatiesysteem zorgt voor eenheid van taal. Om betekenisvolle uitwisseling van gegevens te realiseren is deze standaardisatie noodzakelijk.

Een veelgehoord nadeel is dat deze standaardisatie gevoelsmatig niet in lijn is met de nummer één prioriteit zorg op maat en de cliënt centraal. Niet alle gedetailleerde gegevens van de cliënt zijn onder te brengen in de standaard. Het is soms dan ook lastig om de problematiek weg te zetten in dergelijke 'hokjes'. Het individuele geval, de cliënt, is dan soms meer gebaat bij vrij taalgebruik.

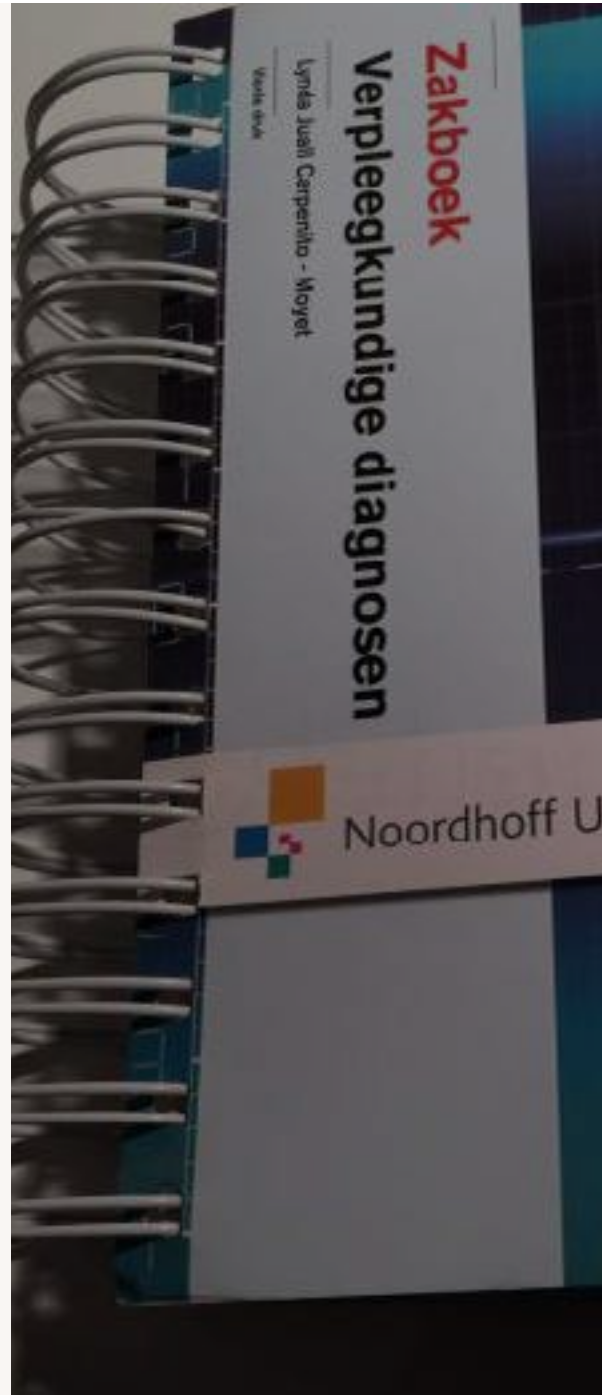
2.4 Gordon

Marjory Gordon was een verpleegkundig theoretica en professor die de elf gezondheidspatronen van Gordon heeft ontwikkeld. Het gaat hierbij om gezondheidsproblemen die tot het domein van de verpleegkunde behoren. Gordon zei hierover:

“Het gezondheidsprobleem kan in hoofdzaak met verpleegkundige zorg worden opgelost en de verpleegkundige is aansprakelijk voor de resultaten van die zorg”. (Gordon 2014)

Bij de elf patronen worden de bij behorende diagnoses beschreven, dit zijn rechtstreekse verpleegkundige diagnoses. Je kunt je dan ook voorstellen dat dit raamwerk houvast biedt bij de anamnese en het diagnosticeren.

Gordon wordt veel aangehaald door de wijkverpleegkundigen. Een beeld hebben bij wat zij hiermee bedoelen was gewenst.



2.5 Carpenito

Het Zakboek verpleegkundige diagnoses of ook wel Carpenito naar de schrijfster Lynda Juall Carpenito biedt een helder overzicht van verpleegkundige diagnoses, beoogde resultaten en mogelijke interventies.

In het boek zijn de verpleegkundige diagnoses op alfabetische volgorde ingedeeld. Buiten deze indeling kent het boek ook een koppeling en indeling op basis van de gezondheidspatronen van Gordon.

Het boek wordt als zeer prettig naslagwerk ervaren door de wijkverpleegkundigen.

2.6 Marktonderzoek

Wanneer je kijkt naar de websites van de projectpartners Vilans met hun hulpmiddelenwijzer en de thuisleefgids met hun online webshop zie je al een groot verschil. Daar waar Vilans producten en productcategorieën globaal beschrijft en doorlinkt naar websites van leveranciers of google zoekresultaten kun je bij de thuisleefgids het artikel direct bestellen.

Vilans lijkt een informerend doel te hebben waarbij de thuisleefgids een commercieel doel nastreeft.

Beide websites hebben wel een overeenkomstige doelgroep namelijk de consument of in dit geval zorgvrager. Beiden zijn (nog) niet specifiek gericht op de zorgprofessional, dit neemt niet weg dat de zorgprofessional wel gebruik kan maken van de

websites. Vilans levert echter wel tool- en inspiratieboxen op gericht op de zorgprofessional met daarin productinformatie.

Beide websites delen de producten op eigen wijze in, Vilans doet dit op basis van 'activiteiten' denk aan: communicatie, eten & drinken, ontspanning, persoonlijke verzorging etc. De thuisleefgids doet dit op basis van zes hoofdcategorieën: gezondheid, wonen, voeding en bereiding, mobiliteit, veiligheid en communicatie. Hieronder vallen dan weer allerlei subcategorieën, zo valt onder de categorie gezondheid medicatie, pijnbestrijding en thuismetingen.

Tevens bieden beide websites een aanbod van 'analoge' interventies en digitale, eHealth, interventies.

Op het moment dat ik verder ga kijken naar andere websites die hulpmiddelen aanbieden met dergelijke keuzehulpen/keuzegidsen etc. Valt mij direct op dat er geen website is die alleen maar eHealth producten beschrijft. Je hebt uiteraard de digitale zorggids van de NPCF maar zij blijven bij het beschrijven van diensten en applicaties. Een elektronisch medicijndispenser kun je bij hen niet vinden.

Geheel volgens verwachting op basis van één van de belemmeringen uit het huidige onderzoek van het lectoraat kwam ook ik tot de conclusie dat de meeste keuzehulpen opgebouwd zijn vanuit het oogpunt cliënt. Sommige websites koppelen de producten al wel aan specifieke aandoeningen maar wagen zichzelf (nog) niet aan de (wijk) verpleegkundige indicatiestelling.

Opmerkelijk om te zien vind ik dat in het relatief grote aanbod aan producten slechts een klein aandeel weg te schrijven is als eHealth. Wanneer je echt alleen naar producten kijkt zoals de Medido en de LifeSafe kun je dit op twee handen tellen.

Wetend dat dit geen groot marktonderzoek is heeft mij dit toch een goed beeld gegeven van wat er ongeveer is en dat er nog helemaal niet zoveel eHealth is als dat ik verwacht had. Ik heb kort stilgestaan bij het marktonderzoek ook aangezien de projectgroep hier langer bij stil zal staan de komende weken. Mijn focus zal liggen op het gebruikersonderzoek, de ideegeneratie en later bij de uitwerking van het idee op een trend analyse.



2.7 User Experience Design Garrett

Het ontwerpen van een dienst of applicatie vergt een andere aanpak dan het ontwerpen van een product. Hier ben ik tijdens het volgen van mijn minor Design Apps en Services, aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, al wel achter gekomen. Uiteraard is de bepaling van de doelgroep en context waarin hetgeen wordt gebruikt belangrijk voor zowel dienst-, app- en productontwerp.

Toch vraagt het ontwerpen van een applicatie een andere benadering, binnen de minor heb ik hiervoor geen 'vaste' werkwijze aangeleerd. Op advies van Rik en Nico heb ik mij verdiept in het ontwerpproces die Jesse James Garrett beschrijft. Dit kan ik later, bij de uitwerking en ontwikkeling van de applicatie, weer raadplegen als handvat voor het proces.

Een beknopte omschrijving van de vijf lagen van het model van Garrett. Verder in het ontwerptraject zou ik de reader er nogmaals bij pakken.

Surface:

Hoe ziet het ontwerp van de applicatie eruit? Applicaties zijn opgebouwd uit teksten, afbeeldingen, illustraties etc. denk aan productinformatie, productfoto's tot aan het winkelwagen icoontje.

Skeleton:

Onder dat oppervlakte bevindt zich het skelet van de applicatie. Hoe staan de knoppen geplaatst? Waar staan dan die teksten en afbeeldingen? Het is belangrijk goed na te denken over dergelijke knoppen en bedieningselementen, hoe logischer deze zijn geplaatst hoe gebruiksvriendelijker de applicatie wordt ervaren.

Structure:

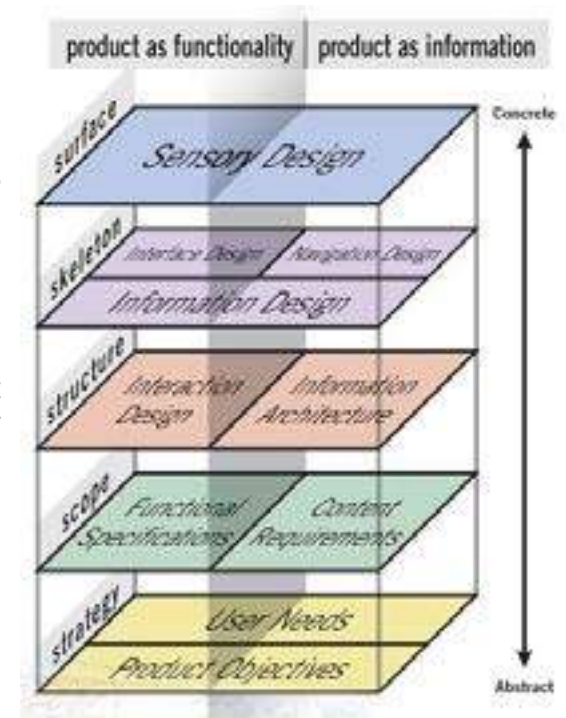
Elke website of applicatie heeft zijn eigen navigatie-, en zoekstructuur. Waarbij je bij het skelet kijkt naar de volgorde van categorieën/knoppen, kijk je bij de structuur naar welke categorieën/knoppen nodig zijn voor de gebruiker om gemakkelijk binnen de applicatie of website te navigeren.

Scope:

Wat valt nog wel binnen de functionaliteiten van de applicatie en wat niet?

Strategy:

Wat is de strategie van de organisatie die de applicatie ontwikkelt, met welk doel maken zij de applicatie? En niet geheel onbelangrijk met welk doel maakt de gebruiker gebruik van de applicatie. Wat wil de gebruiker en de organisatie halen, ofwel bereiken?



3 GEBRUIKERS ONDERZOEK

Wat is een dienst zonder enige kennis over de gebruiker? Of de context waarin deze dienst wordt gebruikt? Een goed werkende dienst sluit aan bij de wensen en behoeften van de gebruiker. Goed gebruikersonderzoek is dan ook essentieel voor een succesvolle dienst.

Bij het project eHealth in de wijk zou je de keuzehulp en de trainingsmodule als de dienst kunnen zien die aan dient te sluiten bij de behoeften van de wijkverpleegkundigen, onze doelgroep.

Een waardevolle rapportage met inzichten over het klinisch redeneerproces van de wijkverpleegkundige is opgeleverd. Maar hoe verhoudt zich dit tot Service Design Thinking tools zoals Persona's en Customer Journeys? En welk doel dienen deze tools?



3.1 Persona's

Persona's zijn fictieve personen die gebruikt worden om een deel van de doelgroep te beschrijven. De persona staat altijd voor dat deel dat vergelijkbare kenmerken heeft met betrekking tot achtergrond, ambities en frustraties. Persona's helpen het perspectief van de doelgroep vast te houden bij het ontwerpen en inrichten van de keuzehulp en trainingsmodule. De persona's spreken tot de verbeelding en zorgen ervoor dat de ontwerpers en onderzoekers zich blijvend kunnen identificeren met de eindgebruiker, de wijkverpleegkundige.

Op basis van de inzichten die de onderzoekers de afgelopen jaren hebben opgedaan zijn drie karakteristieke persona's ontstaan. Elk met hun eigen achtergrond, ambities en frustraties. Deze zijn voorgelegd aan wijkverpleegkundigen om te verifiëren of de persona's overeenkomen met hetgeen wat zij in de praktijk tegenkomen en terugzien bij collega's en/of zichzelf.

1

Brainstorm in het team

Op basis van de inzichten uit het onderzoekstraject is een opzet gemaakt voor drie persona's. Waarbij het onderscheid met name ligt in het stuk hoeveelheid werkervaring als wijkverpleegkundige, affiniteit met ICT en inzet van eHealth. Elk met een andere achtergrond waarbij de één specifiek gekozen heeft voor het vak wijkverpleegkunde en een ander die juist na een paar jaar opzoek was naar verandering. Elk lopen ze tegen andere dingen aan in het werkveld en elk hebben ze een andere visie op eHealth.

De drie uiteenlopende Persona's beogen dienst te doen aan de diversiteit aan wijkverpleegkundigen.

2

Avatars en werkvellen

Op basis van de eerste karaktereigenschappen zijn avatars gecreëerd zodat elke persona een 'gezicht' kreeg. Door werkvellen op te stellen en deze met de onderzoekers in te vullen krijgen de Persona's een steeds meer gedetailleerde invulling.



Werksessie Persona's

3

Vertaling naar Persona's

De volgende stap was de werkvellen uitwerken naar concrete Persona's. Goedlopende verhalen werden geschreven vanuit de steekwoorden. Na uitwerking heeft het team gediscussieerd over de invulling. Is hetgeen wat hier staat juist? Herkennen wij onze deelnemers hierin?

Doel was borging van de diversiteit en vermijden dat het niet een één op één omschrijving is van één van de deelnemers. Door samenvoeging van verschillende wijkverpleegkundigen konden er Persona's gecreëerd worden die een deel van de doelgroep weet te beschrijven.

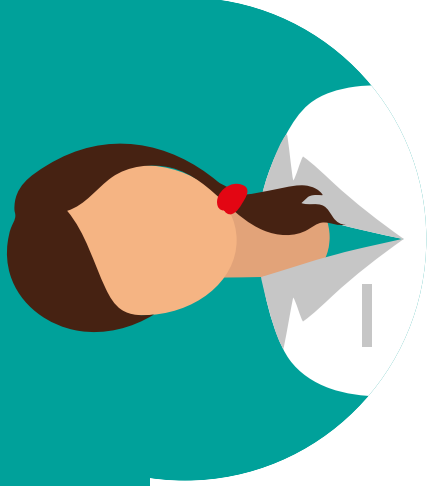
4

Verifiëren Persona's

De Persona's sluiten nauw aan bij de inzichten van het onderzoek. Maar hoe kijkt de wijkverpleegkundige hier tegenaan? Herkent zij zichzelf en/of collega's in één van de Persona's of wellicht in meerdere?

Doel was het verifiëren van de data die is gegenereerd, als een soort van membercheck. Zijn de inzichten uit het onderzoek juist geïnterpreteerd? Kan de wijkverpleegkundige zich er in vinden?

 Leeftijd 41 jaar
Geslacht Vrouw



Huishouden bestaat uit
Mijn man, mijn twee
kinderen (12 en 15 jaar
oud) en onze hond

Persoonlijk Verhaal

Toen ik 20 jaar was heb ik de opleiding mbo-V afgerond. Daarna ben ik direct doorgestroomd naar hbo-V. Nadat ik mijn diploma's op zak had ben ik gaan werken in de GGZ waarbij ik in de laatste jaren vooral in de langdurige GGZ heb gewerkt. Kortgeleden, een halfjaar ongeveer, heb ik de switch gemaakt naar het vak wijkverpleegkunde. Op dit moment volg ik daarom ook een cursus indiceren, dit helpt mij in mijn werkzaamheden. Ik heb dus nog niet veel werkervaring wat betreft het vak wijkverpleegkunde daarentegen heb ik wel veel ervaring op mogen doen op verschillende afdelingen binnen de GGZ.

Onze organisatie werkt met het OMAHA systeem, ik vind het prettig dat er een route is die ik kan volgen. Wat ik lastig vind is dat ik het soms moeilijk kan vinden, het voelt alsof ik de cliënt niet helemaal

goed in het systeem krijg. Vooral de persoonlijke voorkeuren van de cliënt krijg ik er lastig in.

Kritisch kijken naar wat cliënten nodig hebben, ja daar streef ik naar. Voor nieuwe producten is Google mijn beste vriend. Of de producten die ik inzet ook innovaties of eHealth te noemen zijn weet ik niet, voor mij is het in ieder geval wel erg innovatief!

Als wijkverpleegkundige ben je het aanspreekpunt in de wijk. Daarnaast moet ik mijn team ook aansturen, coachen en begeleiden. Dit is voor mij nog wel even wennen, ik probeer mijn draai hierin te vinden. Werken als wijkverpleegkundige is voor mij ook wel iets van twee uitersten, aan de ene kant het hele systematische werken bij het opstellen van het zorgplan en de indicatie. En aan de andere kant de hectische en chaotische praktijk.

*“Al die nieuwe systemen, ja het is wel wennen hoor.
Maar ik heb het nu wel onder controle.”*

Karaktereigenschappen

- Gedreven
- Nieuwsgierig

Ervaring als wijkverpleegkundige

Affiniteit met ICT

Ervaring inzetten eHealth

Doelen, Normen en Waarden

Goed luisteren naar wat de cliënt écht wil.

Op korte termijn goed ingewerkt raken.

Met respect omgaan met cliënt, collega's en team.

Frustraties en Knelpunten

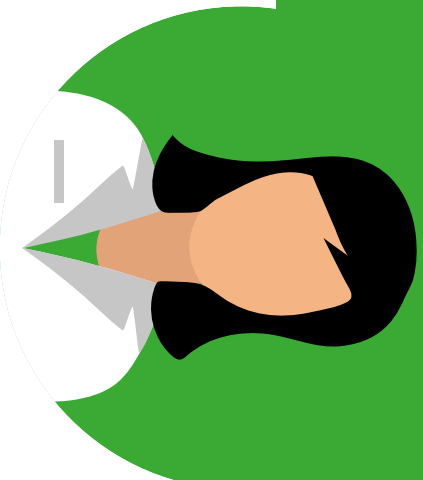
Ik heb mijn handen vol aan de dagelijkse werkzaamheden en het reilen en zeilen van allerhande problemen die op mijn pad komen. Daardoor kan ik nu niet echt vanaf een hoger abstractie niveau, naar de situatie en toekomst kijken.

Harriët

Uiterwaal

Leeftijd 31 jaar

Geslacht Vrouw



Huishouden bestaat uit
Ik woon samen met mijn
man, ook hebben wij
twee katten

Persoonlijk Verhaal

Na mijn hbo-V ben ik direct de wijk in gegaan. Ik werk hier al jaren met veel plezier en ik ben ontzettend blij met de ontwikkelingen en de transitie die heeft plaats gevonden. Voor mijn gevoel krijgen wij nu eindelijk de waardering waar wij, als wijkverpleegkundigen, naar op zoek waren. Mijn expertise, en ook aandachtsgebied, ligt bij de wondverzorging en het coachen van mijn collega wijkverpleegkundigen.

In alle jaren dat ik gewerkt heb als wijkverpleegkundige heb ik vele veranderingen meegemaakt. De transitie van analoog naar digitaal is daar een mooi voorbeeld van.

Ook zijn er allerlei reorganisaties geweest met het gevolg dat ik vele verschillende leidinggevenden heb gehad. Daar ben ik wel eens helemaal klaar mee hoor. Ik houd dan maar vast aan het feit dat ik ontwikkelingen die zorgen voor betere zorg voor de cliënt erg belangrijk vind. Daar kan ik alleen maar achter staan.

We hebben als wijkverpleegkundigen een hele mooie kans gekregen nu we zelf de indicatie mogen stellen. Nu moet ik zeggen dat dit geen enorme veranderingen met zich mee brengt voor mijn dagelijkse werkzaamheden. Ik hield mij hier al veel mee bezig, maar het is toch wel fijn dat we nu een soort van erkenning hebben voor ons vak.

“Ik heb nog niet zoveel ervaring met het inzetten van eHealth, wel met personalarmering en bijvoorbeeld een medido, maar wat verstaan jullie eigenlijk precies onder eHealth”

Karaktereigenschappen

- Doortastend
- Doorzetter
- Staat open voor ontwikkelingen

Ervaring als wijkverpleegkundige



Affiniteit met ICT



Ervaring inzetten eHealth



Doelen, Normen en Waarden

De positie van de wijkverpleegkundige steviger neerzetten.

De wijkverpleegkundigen zijn belangrijk, maar het team is nog belangrijker. Ik vind het belangrijk goed naar ze te luisteren en hen de juiste ondersteuning te bieden.

Frustraties en Knelpunten

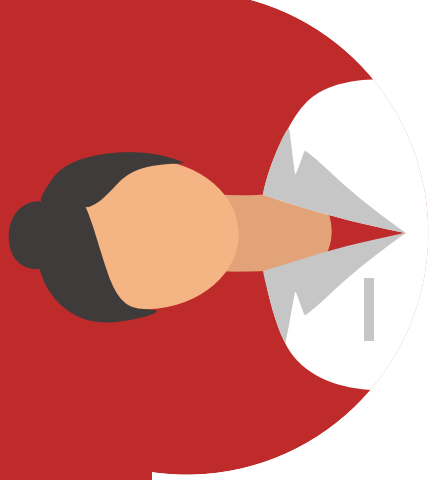
Ik wil graag nieuwe producten, eHealth, en interventies proberen die voor mij onbekend zijn. Echter zie ik als een berg op tegen alle organisatorische zaken die er vaak bij komen kijken om innovaties in te zetten in de wijk. Ik zou graag meer tijd willen om alle ontwikkelingen en mogelijkheden te kunnen volgen.

Tinie

Strijker

 leeftijd 65 jaar
Geslacht Vrouw

Huishouden bestaat uit
Ik woon samen met mijn man, onze twee kinderen wonen niet meer thuis



Persoonlijk Verhaal

Ruim veertig jaar geleden heb ik de inservice opleiding gedaan, daarna ben ik in het ziekenhuis beland. Ik heb daar op verschillende afdelingen gewerkt, zowel interne als chirurgische afdelingen.

Na vijftien jaar vond ik het tijd worden voor wat anders, ik ben toen de thuiszorg in gegaan. Zo'n drie jaar geleden ben ik met pensioen gegaan, maar ik ben toch weer begonnen met werken. Ik vind het vak zo leuk!

Ik heb veel ervaring als verpleegkundige. Binnen een paar minuten weet ik vaak wel wat iemand nodig heeft.

Al die digitale systemen vind ik maar niets. Ik kan er niet goed mee uit de voeten, ze doen nooit wat ik wil. Ik heb ook het idee dat ik niet het juiste kan overbrengen naar mijn collega's.

Oh en al die innovaties, ja die kan ik niet meer bijhouden. Daar ben ik jaren geleden al mee gestopt. Dat vind ik meer iets voor de jongere collega's.

Als wijkverpleegkundige ben je de spil in de wijk. Je moet goed kijken, luisteren en vragen. Verder vind ik dat je je niet teveel van de organisatie moet aantrekken, die willen toch iedere drie jaar weer iets anders. Maar uiteindelijk komt het op hetzelfde neer.

“Ja, ze hebben het allemaal wel over eHealth. Voor mij hoeft dat niet zo eigenlijk...”

Karaktereigenschappen

- Recht door zee
- Duidelijk
- Aanpakker

Ervaring als wijkverpleegkundige

Affiniteit met ICT

Ervaring inzetten eHealth

Doelen, Normen en Waarden

De cliënt staat centraal, je wilt de juiste zorg aanbieden.

Je bent te gast bij de cliënt, je moet dus niet het huis, hun huis, overwillen nemen.

Frustraties en Knelpunten

Die digitale dossiers... daar krijg ik soms wel echt hoofdpijn van. Er worden steeds meer taken bij mij neergelegd, dat vind ik echt niet haalbaar meer!



Heleen Brouwer

Eén van de wijkverpleegkundigen heeft net zoals Heleen haar handen vol aan al die randvoorwaarden waar ze op zijn tijd ook zeker hoofdpijn van krijgt. Ze zegt dan ook over de frustraties die Heleen ervaart “Ja dat is wel hoe het nu is”.



Harriët Uiterwaal

Harriët wordt als herkenbaar aangewezen. Maar dan wel met de kanttekening dat de inzet van eHealth echt nog wel minder is dan de huidige balk. Opvallend hierin is dat dezelfde wijkverpleegkundige die dit zegt juist uit zichzelf begon over Personenalarmering en de Medido, ook hier komt weer naar voren dat de wijkverpleegkundige eigenlijk niet weet wat precies onder eHealth valt en wat niet.

De wijkverpleegkundige wil net zoals Harriët nieuwe producten leren kennen, ook hier komt weer naar boven “Maar waar haal ik die tijd vandaan?”



Tinie Strijker

‘De cliënt staat centraal’ één van de doelen van Tinie iets waar de wijkverpleegkundige zich goed in kan vinden. Dit wordt nog steeds als één van de meest belangrijke dingen gezien door de wijkverpleegkundige. Als het niet het belangrijkste is.

De problemen met de digitale dossiers, de nieuwe systemen etc. die Tinie ervaart worden ook onderschreven door de wijkverpleegkundigen.

3.2 Customer Journey

Door de huidige werkwijze van de wijkverpleegkundige uit te zetten in de tijd, zoals een Customer Journey dat stapsgewijs doet kunnen er haakjes ontstaan waarmee het team verder kan. Deze haakjes of ook wel gebruikersinzichten maken de behoeften van de wijkverpleegkundige inzichtelijk. Kansen en knelpunten komen naar voren, waarop ingespeeld kan worden.

De Customer Journey helpt tevens om de gebruikerscontext in kaart te brengen. Dit maakt inzichtelijk waar, op kantoor of bij de cliënt thuis, de toekomstige dienst/tool/instrument ingezet zal worden. Tevens maakt het inzichtelijk of de wijkverpleegkundige de enige gebruiker zal zijn of dat haar cliënten hierbij betrokken zijn.

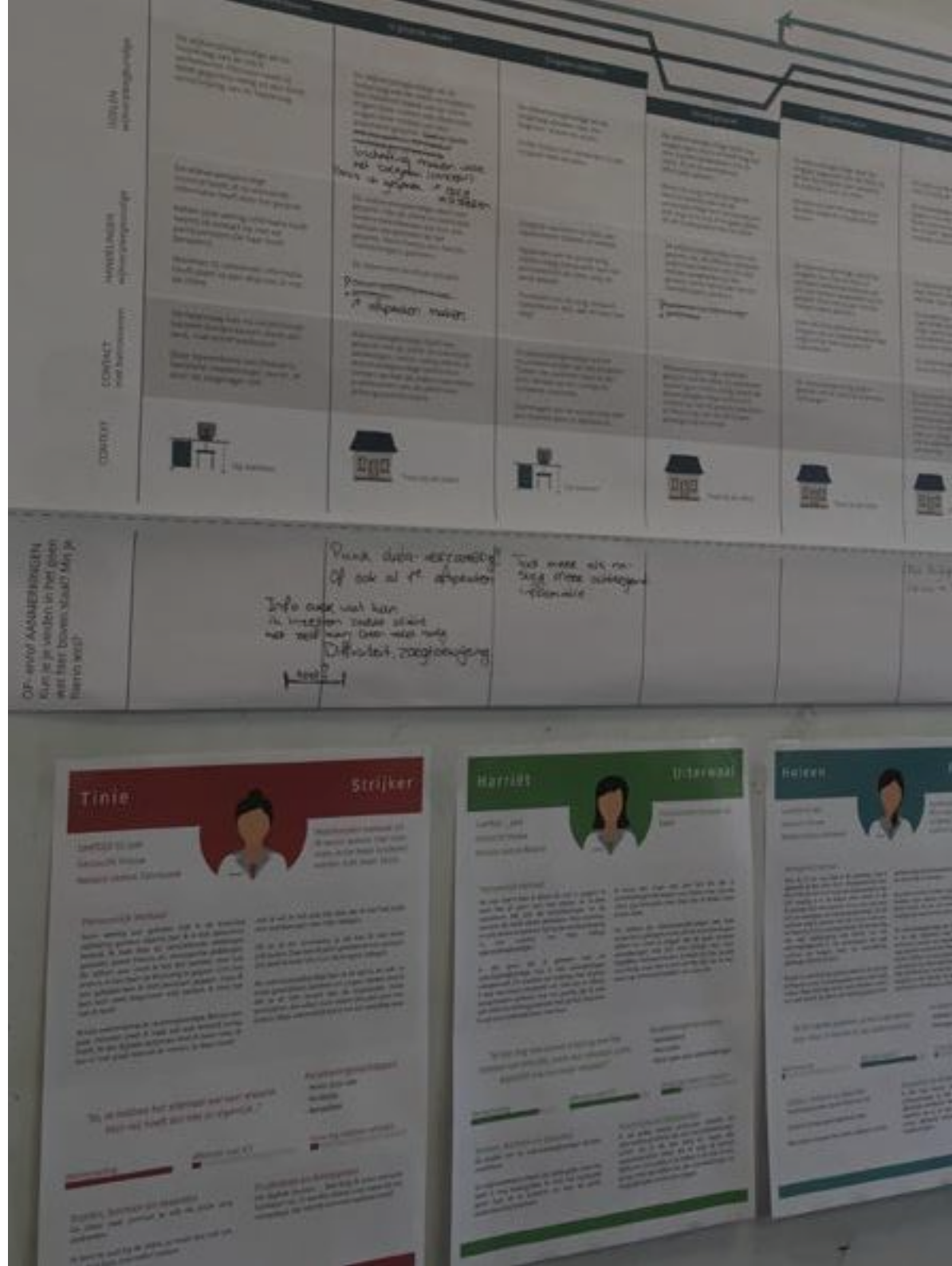
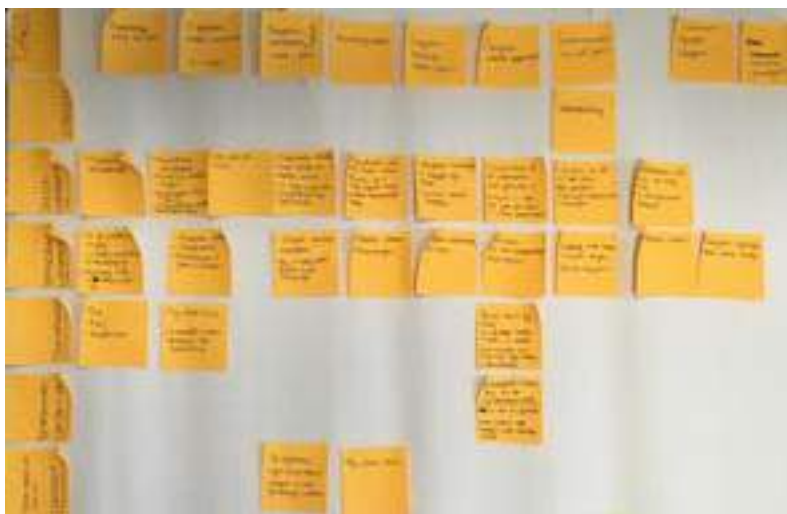
Met al deze inzichten kan geborgd worden dat de inrichting van de keuzehulp en de trainingsmodule aansluit bij de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige.

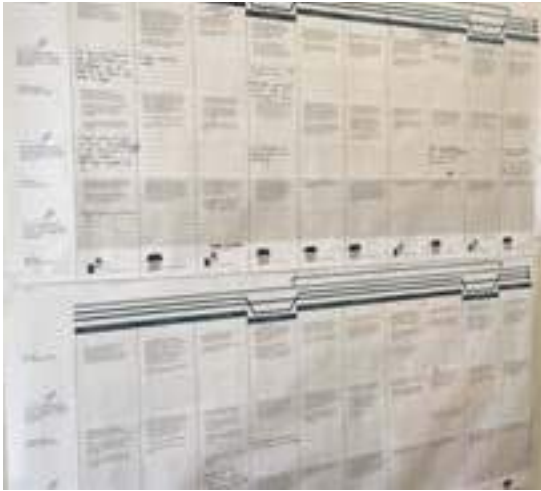
1

Basis Customer Journey

Met behulp van de inzichten uit het onderzoek is een basis gelegd voor de Customer Journey, (CJ). Hiervoor is allereerst een werksessie georganiseerd waarbij inzichten en kennis uitgewisseld zijn. Tijdens het gesprek is meegeschreven zodat er een ruwe (post-it) CJ ontstond. Deze is vervolgens verder ingevuld tijdens de werksessie.

De post-it CJ is vervolgens vertaald naar een grafische versie, die binnen het werkoverleg van het onderzoeksteam is besproken en doorgelopen. Besloten is dat de Journey voorgelegd dient te worden aan de wijkverpleegkundige als membercheck zodat wij cruciale informatie niet uit het oog verliezen.





2

Verifiëren Customer Journey

De Customer Journey is vertaald naar een werkvel die als handvat diende tijdens de interviews met de wijkverpleegkundige. Doel was om te controleren of de gecreëerde CJ 'correct' is en overeenkomt met de praktijk. Tevens wilde het team achterhalen waar de wijkverpleegkundige tegenaan loopt tijdens zo'n stap en wat ze hierbij denkt en voelt.

Inzichten uit de interviews zijn te vinden in bijlage **B**.

3

Optimaliseren Customer Journey

De Customer Journey is voorgelegd, de inzichten zijn met elkaar vergeleken om overeenkomende punten naar voren te brengen (3.2.1). Dit is samengebracht in de definitieve Customer Journey (3.2.2).

Tijdens het gezamenlijk doorlopen van de Customer Journey met de wijkverpleegkundige zijn haakjes ontstaan waaruit mogelijke kansrichtingen ontstaan voor het team. Deze kansen worden verder uitgediept in de paragraaf 3.3 Kansrichtingen.



Wijkverpleegkundige



Cliënt



Contactverzorgende / Team



Ter introductie staan hiernaast de drie mogelijk betrokkenen uitgebeeld. Deze zullen terug te vinden zijn in de iconen hieronder en in de Customer Journey (3.2.6).

De volgende thema's zijn besproken met de wijkverpleegkundige en als onderdeel van de werkwijze van de wijkverpleegkundige ervaren. Gekeken vanaf het begin dat de cliënt in zorg komt tot aan de eindevaluatie.



Hulpvraag van cliënt komt binnen

De hulpvraag van de cliënt kan via verschillende kanalen binnenkomen bij de wijkverpleegkundige. Denk hierbij aan de mail en/of telefonisch. Dit kan worden gedaan door de zorgvrager zelf, de familie maar ook door zorgverleners.



Hulpvraag analyseren

De wijkverpleegkundige wil voor zichzelf de zorgvraag van de zorgvrager verhelderen. Ze schat de benodigde zorg in, plant een afspraak en bereid zich voor op het gesprek.



Intakegesprek

De wijkverpleegkundige gaat op gesprek bij de zorgvrager daar probeert ze een holistisch beeld te scheppen van de (thuis-)situatie. Tevens maakt ze de eerste afspraken met de cliënt.



Zorgplan opstellen

Het zorgplan wordt opgesteld door de wijkverpleegkundige. Hierin probeert ze de zorgvraag te vertalen naar diagnose, doelen en acties.



Zorgplan tekenen

De cliënt dient het zorgplan te ondertekenen. De wijkverpleegkundige neemt allereerst het zorgplan met de cliënt door. Bij elke wijziging dient de cliënt opnieuw te ondertekenen.



Uitvoeren van de zorg

Het team van de wijkverpleegkundige voert de zorg uit. De wijkverpleegkundige monitort haar cliënten met behulp van de rapportages van haar team. Ook organiseert ze werkoverleggen.



Vervolggesprek/Evaluaties

De wijkverpleegkundige en/of de eerste verantwoordelijke verzorgende voert evaluaties uit bij de cliënt om te achterhalen wat de cliënt van de aangeboden zorg vindt.

3.2.1 Overeenkomende inzichten



Bij het binnenkomen van de hulpvraag schatten de wijkverpleegkundigen in of de zorgorganisatie wat kan betekenen voor de zorgvrager of dat het nog met andere middelen of voorzieningen opgelost kan worden.



Het digitaal werken zorgt voor een prikkel om alvast te starten met het opstellen van het zorgplan. Zodat deze tijdens de intake afgerond kan worden en ondertekend.



De wijkverpleegkundigen werken nauw samen met de verzorgenden. De verzorgende houdt de wijkverpleegkundige op de hoogte over de situatie bij de cliënt. Bij een veranderde zorgvraag schakelt de verzorgende de wijkverpleegkundige in.



Werkoverleggen vinden periodiek plaats. Invulling van deze werkoverleggen is afhankelijk van de wijkverpleegkundige. Sommige organisaties hebben ook dossierbesprekingen.



De wijkverpleegkundige is eindverantwoordelijke voor de tussenevaluatie en herindicatie.



De wijkverpleegkundige verlaat de cliënt pas wanneer de zorgmomenten (aantal momenten en het dagdeel) duidelijk zijn afgesproken. En de zorgovereenkomst is ondertekend, zodat de organisatie toestemming krijgt om zorg te verlenen.



De wijkverpleegkundige bespreekt duidelijk de ondersteuning die geboden kan worden door de thuiszorgorganisatie en is ook transparant over de mogelijke beperkingen.



Verwachtingsmanagement speelt een belangrijke rol in het eerste gesprek. Cliënten en het team hebben behoefte aan duidelijkheid over wat er is afgesproken.



De wijkverpleegkundige heeft zelf voldoende informatie nodig om een cliënt goed te kunnen informeren over bijvoorbeeld nieuwe producten.



De wijkverpleegkundige grijpt vaak terug naar de voor haar standaard interventies en mogelijkheden. Wanneer er situaties ontstaan die vragen om creativiteit van de wijkverpleegkundige grijpt zij eerder terug op proceszaken dan dat zij opzoek gaat naar voor haar onbekende producten.



Nieuwe interventies en producten dienen haar ter ore te komen. Ze gaat zelf niet gericht opzoek.

3.2.2 Customer Journey

De Customer Journey beschrijft hoe een nieuwe cliënt in de zorg komt en hoe de verdere zorg verloopt inclusief evaluaties en herindicatie. Hoe het proces verloopt wanneer een cliënt uit de zorg gaat is verder niet opgenomen in de Customer Journey aangezien hier geen kans ligt voor de inzet van eHealth.¹

De Customer Journey geeft weer wat de wijkverpleegkundige tijdens zo'n stap doet, concreet qua handelingen maar ook wat zij tijdens deze stap wil bereiken, haar doel. Qua context is opgenomen waar dit geen zich afspeelt en wie er verder nog betrokken (kunnen) zijn tijdens deze stap.

¹ Wanneer een cliënt uit de zorg gaat wordt dit afgerond met een eindevaluatie met de cliënt, wanneer cliënt is overleden vindt er een evaluatie met de nabestaanden plaats.

De bovenbalk geeft weer dat de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige geen lineair proces betreft.

Bij een oriënterend gesprek waarbij er geen zorg ingezet gaat worden stopt de 'Journey' al na het intakegesprek (donkerblauwe lijn). Bij enkelvoudige problematiek is het vervolgesprek veelal de eindevaluatie. Wanneer de zorg na 3 weken al stopgezet kan worden bij bijvoorbeeld wondverzorging wordt deze evaluatie, die normaal na 6 weken ingepland staat, al naar voren gehaald (rode lijn).

Bij meervoudige problematiek en/of langdurende zorg zullen de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige als een loop verlopen (lichtblauwe lijn). Elk halfjaar dient er een evaluatie en herindicatie plaats te vinden, daarna wordt de zorg weer uitgevoerd door het team. Doel is dat het zorgplan up to date is, bij bijzonderheden krijgt ze bericht van het team. Dan gaat ze op gesprek en indien nodig wijzigt zij dan het zorgplan en laat zij deze ondertekenen door de cliënt.



Hulpvraag van cliënt komt binnen

Op verschillende wijzen kan een zorgvraag bij de wijkverpleegkundige binnen komen. Dit gaat over het algemeen via de telefoon, ook zijn er situaties waarbij er contact op wordt genomen via de mail.

Veelal gaat dit om situaties waarbij de zorgvrager al een tijdje structureel tegen een probleem aanloopt, waarbij zijzelf of de omgeving van de zorgvrager het tijd vinden voor ondersteuning.

Ook komt het voor dat de thuiszorg nazorg moet verrichten na het ondergaan van een operatie.

De wijkverpleegkundige krijgt tevens verzoeken voor oriënterende gesprekken.



Verhelderen van de hulpvraag

De wijkverpleegkundige wil de hulpvraag van de cliënt verhelderen. Indien nodig vraagt ze achtergrondinformatie op bij de huisarts, zodat ze een holistisch beeld kan scheppen van de zorgsituatie.

Wanneer ze alle persoonlijke gegevens van de cliënt heeft verzameld stelt ze alvast de zorgcontracten op zodat deze bij het intakegesprek getekend kunnen worden.

De wijkverpleegkundige maakt een inschatting van de benodigde zorg.

Wanneer de wijkverpleegkundige digitaal werkt probeert ze alvast een start te maken met het zorgplan.



Intakegesprek (1e gesprek)

De wijkverpleegkundige voert een gesprek met de cliënt en eventuele andere betrokkenen die zich ook hebben aangesloten bij het gesprek. Denk hierbij aan; familie, mantelzorgers, partners. Iedere wijkverpleegkundige heeft hiervoor haar eigen werkwijze. Op basis van intuïtie en met een knipoog naar de patronen van Gordon gaat zij door het gesprek heen.

Ze observeert de (thuis-)situatie. Stelt vast welke zorg direct gestart moet worden en maakt hiervoor de eerste afspraken met de cliënt.

Ze laat alvast wat onderwerpen vallen die ze de volgende keer wil bespreken. Zodat de cliënt hierover kan nadenken.



De wijkverpleegkundige kan door iedereen benaderd worden. Denk aan (huis)artsen, mantelzorgers, familieleden, vrienden, burens, etc.

Na goedkeuring van de zorgvrager vraagt de wijkverpleegkundige het dossier op van de huisarts.

Wijkverpleegkundige heeft een gesprek met de cliënt. En eventuele aanwezigen.



Opstellen zorgplan

De wijkverpleegkundige wil de zorgvraag vertalen naar een diagnose, doelen en acties. Zodat zij deze kan verwerken in een zorgplan voor de cliënt.

Wanneer de wijkverpleegkundige digitaal werkt, kan het zorgplan direct bij de cliënt opgesteld worden. Zodat deze ook direct ondertekend kan worden.

Werkt ze nog niet digitaal dan moet ze eerst langs kantoor om het zorgplan op te stellen en uit te printen. Zodat zij deze kan toevoegen aan de zorgmap.

Op kantoor plant ze de eerste zorg in, zorgt ze voor een goede overdracht en werkt ze haar anamnese en evaluatie uit.



Ondertekenen zorgplan

Het zorgplan dient ondertekend te worden door de cliënt. Zoals hiernaast is omschreven gebeurt dit tijdens het eerste gesprek wanneer de wijkverpleegkundige al volledig digitaal werkt.

Een papieren dossier draagt de wijkverpleegkundige over aan de contactverzorgende of EVV'er van de cliënt. In sommige gevallen gaat de wijkverpleegkundige zelf nogmaals langs om het zorgplan te laten ondertekenen.



Uitvoeren van de zorg

Het team van de wijkverpleegkundige voert de zorg uit. Vaak heeft elke cliënt ook een contactverzorgende of eerste verantwoordelijke verzorgende (EVV'er).

De wijkverpleegkundige monitort hoe het met de cliënt gaat. En of de interventie(s) die zij heeft ingezet het gewenste resultaat oplevert.

Hiervoor leest ze de rapportages, gaat ze in gesprek met haar teamleden, organiseert ze werkoverleggen en voert ze zelf ook af en toe zorg uit bij de cliënt.

Ze beschrijft de zorg die afgesproken is. Bij bijzonderheden belt ze de dienstdoende verzorgende nog even na.

De cliënt ondertekent het zorgplan direct of neemt deze op een later moment door en ondertekent hem dan.

De zorg wordt opgepakt door het team. Zij zullen bij (acute) problemen/veranderde zorgsituaties direct telefonisch contact opnemen met de wijkverpleegkundige.





Vervolggesprek (na 6 weken)

Na 6 weken of eerder indien nodig, wordt een evaluatie gehouden met de cliënt. De wijkverpleegkundige evalueert de geleverde zorg en controleert of deze zorg nog steeds passend is bij de hulpvraag van de cliënt.

De wijkverpleegkundige komt terug op de onderwerpen die zij tijdens het intakegesprek heeft laten vallen. Onderwerpen kunnen zijn: maaltijdvoorzieningen maar ook interventies zoals personenalarmering.

Wil meneer/mevrouw nog iets met de informatie die de wijkverpleegkundige heeft gegeven? Hebben ze nog extra informatie nodig?



Uitvoeren van de zorg

Het team van de wijkverpleegkundige voert de zorg uit. Vaak heeft elke cliënt ook een contactverzorgende of eerste verantwoordelijke verzorgende (EVV'er).

De wijkverpleegkundige monitort hoe het met de cliënt gaat. En of de interventie(s) die zij heeft ingezet het gewenste resultaat oplevert.

Hiervoor leest ze de rapportages, gaat ze in gesprek met haar teamleden, organiseert ze werkoverleggen en voert ze zelf ook af en toe zorg uit bij de cliënt.



Halfjaarlijkse evaluatie/Herindicatie

Elk halfjaar wordt een evaluatie gedaan door de wijkverpleegkundige en/of door de contactverzorgende/EVV'er.

Het zorgplan wordt doorgenomen. De thuiszorgevaluatie wordt gedaan net zoals de risicosignalering.

Het zorgplan dient geherindiceerd te worden. Dit kan enkel worden gedaan door de wijkverpleegkundige.

Het doel is dat het zorgplan up to date is, en tussentijdse wijzigingen doorgegeven worden aan de wijkverpleegkundige.

De wijkverpleegkundige wil op de hoogte zijn van de situatie bij de cliënt, hiervoor doet ze navraag bij haar team. Indien nodig wordt er contact opgenomen met een (huis)arts om bevindingen te checken.



De zorg wordt opgepakt door het team. Zij zullen bij (acute) problemen/veranderde zorgsituaties direct telefonisch contact opnemen met de wijkverpleegkundige.



Ter voorbereiding doet de wijkverpleegkundige navraag bij haar team.





Wijzigen zorgplan

Uit de evaluatie kunnen punten komen die verwerkt dienen te worden in het zorgplan.

Wanneer de wijkverpleegkundige digitaal werkt kan dit direct uitgevoerd worden bij de cliënt.

Anders gebeurt het wijzigen van het zorgplan op kantoor.



Ondertekenen zorgplan

Wanneer er iets gewijzigd wordt in het zorgplan dient de cliënt hiervoor opnieuw te tekenen.

Wanneer de wijkverpleegkundige digitaal werkt kan dat worden gedaan tijdens het evaluatiegesprek.

Anders komt de wijkverpleegkundige hiervoor terug en/of draagt zij dit over aan de contactverzorgende/EVV'er.



Uitvoeren van de zorg

Na de evaluatie en het eventueel wijzigen van het zorgplan wordt de zorg weer opgepakt door het team. Alle bijzonderheden evalueert de wijkverpleegkundige met haar team.

Het zorgplan wordt gewijzigd door de wijkverpleegkundige. Soms vraagt ze een collega even met haar mee te kijken.

De cliënt ondertekent het zorgplan direct of neemt deze op een later moment door en ondertekent hem dan.

De zorg wordt opgepakt door het team. Zij zullen bij (acute) problemen/veranderde zorgsituaties direct telefonisch contact opnemen met de wijkverpleegkundige.



A person is captured in mid-air, jumping over a dark, craggy rock formation. The person's arms are outstretched, and their legs are bent. A semi-transparent teal rectangle is positioned on the left side of the image, containing the section title and two paragraphs of text. The background is a clear, light blue sky.

3.3 Kansrichtingen

Door de inzichten van de interviews te koppelen aan de Customer Journey ontstaan er haakjes waarop ingespeeld kan worden met de keuzehulp en/of de trainingsmodule. Door de koppeling met de Customer Journey te maken is de gebruikerscontext van de kans ook meteen inzichtelijk.

Deze kansen zullen als basis dienen voor het creatie proces waarbij er gekeken gaat worden naar concrete producten/tools/instrumenten zodat er ingespeeld wordt op de volgende kansen.



Hulpvraag van cliënt komt binnen



De wijkverpleegkundige doet een voorselectie wanneer er een zorgvraag binnenkomt. Heeft de zorgvrager inderdaad thuiszorg nodig of zou het op een andere wijze opgelost kunnen worden? Op regelmatige basis worden hulpmiddelen geadviseerd zodat cliënt zichzelf nog kan redden. Denk bijvoorbeeld aan een hulpmiddel voor het druppelen van de ogen.

In dit stadium eHealth interventies onder de aandacht brengen die de cliënt kan gebruiken om zijn zorgvraag zelf te vervullen.



Hulpvraag analyseren



Wanneer de wijkverpleegkundige digitaal werkt maakt ze al een start met het opstellen van een zorgplan. De computer werkt dan toch prettiger dan een tablet. Door alvast een start te maken kan ze er ook voor zorgen dat tijdens het intakegesprek alles geregeld is van opstellen zorgplan tot aan tekenen van het zorgplan. De wijkverpleegkundige denkt hierdoor op kantoor al na over interventies.

Veelal worden de voor de hand liggende interventies ingezet, de wijkverpleegkundige gaat namelijk bij herkenbare casuïstiek niet op

zoek naar mogelijkheden. Op basis van intuïtie en de middelen die de organisatie ondersteunt wordt een interventie voorgeschreven. De interesse van de wijkverpleegkundige dient dan ook gewekt te worden voordat ze eHealth in kan en gaat zetten. Doordat ze niet zelf op zoek gaat moet ze getriggerd worden, dit zou kunnen met behulp van pushnotificaties.



Intakegesprek



Tijdens het intakegesprek worden onderwerpen aangekaart waar tijdens het vervolggesprek op teruggekomen wordt. Dit zijn vaak 'extraatjes' die bestelt en/of ingezet kunnen worden. Hoe komt de wijkverpleegkundige op deze onderwerpen? Informatie aandragen per zorgsituatie, probleem en/of diagnose?



De wijkverpleegkundige verkiest analoog boven digitaal tijdens de intakegesprekken. Uiteraard is digitaal niet te vermijden als je digitaal werkt, maar dan gaat toch de voorkeur uit naar schrijven daar waar mogelijk. Een scherm tussen cliënt en wijkverpleegkundige wordt als onprettig ervaren vanuit beide kanten. Welke fysieke middelen



zijn er in te zetten om toch het gesprek over eHealth in gang te zetten? Een waaier? Een brochure? Gesprekskaarten?

Verwachtingsmanagement speelt een belangrijke rol bij het intakegesprek. Hierin worden de doelen van de cliënt bepaald en wordt er gekeken naar de verwachtingen van de cliënt maar ook die van de wijkverpleegkundige. Inzet van eHealth op een later moment wordt ervaren als het afnemen van zorg, hoe kan eHealth direct bespreekbaar gemaakt worden? Zodat de cliënt weet en voorbereid is op dat er gekeken gaat worden hoe er eHealth in te zetten valt.



Zorgplan opstellen

De wijkverpleegkundige heeft in haar hoofd zitten wat het probleem is, ze heeft onderzocht wat hier de oorzaak van is en welke symptomen dit veroorzaakt. Ze heeft samen met de cliënt doelen gesteld en heeft mogelijke interventies met de cliënt besproken. Het zorgplan met de wensen van de cliënt en de gekozen interventie wordt opgesteld. Qua keuzehulp ligt hier niet een grote kans, er is immers al gekozen voor een interventie.



Zorgplan tekenen

De wijkverpleegkundige laat direct het contract ondertekenen wanneer zij digitaal werkt. Bij papieren zorgplannen wordt het zorgplan vaak overgedragen aan de EVV'er. Ook hier ligt geen kans voor de keuzehulp.



Uitvoeren van de zorg



De zorg wordt uitgevoerd door het team en de EVV'er. Wanneer de cliënt gedurende de zorg toch nog gebruik wil maken van 'extraatjes' kan het team hier vaak geen informatie over geven. De vraag van de cliënt wordt doorgezet richting de wijkverpleegkundige. Hoe kan deze informatie ook bij het team gebracht worden? Zodat het team ook direct meer informatie kan verstrekken aan de cliënt?



Het team ziet de cliënt vaker dan de wijkverpleegkundige, het team kent de cliënt hierdoor ook beter. Zou eHealth meer ingezet worden wanneer het team ook actief meedenkt over eHealth? Hoe valt het team te triggeren om zich te verdiepen in eHealth?



Vervolggesprek/Evaluaties



Het intakegesprek wordt op basis van intuïtie en soms via een vast stramien gehouden. Dit stramien wordt in de vervolggesprekken/evaluaties niet meer gehanteerd, worden hierdoor punten over het hoofd gezien? Haakje voor de trainingsmodule? Wijkverpleegkundige hiervan bewust maken.



Sommigen van de gesproken wijkverpleegkundigen bespreken tijdens cliëntoverleggen zorgplannen met haar team. Begrijpt iedereen wat hier staat? Interventies worden geëvalueerd. Haakje voor de keuzehulp, alternatieven aanraden op basis van de ingezette interventie.



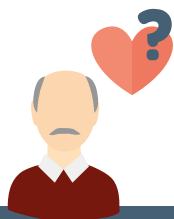
Haakje voor de trainingsmodule, hoe deze zorgplantoetsing doorvoeren in andere teams?



De wijkverpleegkundige bereidt zich voor op dergelijke evaluaties. Ze leest de rapportages en neemt het zorgplan nog eens door. Hoe kunnen wij de wijkverpleegkundige alternatieven aanraden voor de interventies die zij heeft ingezet? Zodat ze deze kan uitproberen bij de cliënt.



Bewustwording en besef creëren bij de wijkverpleegkundige van hun eigen werkwijze en proces. Waar bevinden zij zich in hun eigen 'journey'?



Hulpvraag van cliënt komt binnen

Op verschillende wijzen kan een zorgvraag bij de wijkverpleegkundige binnen komen. Dit gaat over het algemeen via de telefoon, ook zijn er situaties waarbij er contact op wordt genomen via de mail.

Veelal gaat dit om situaties waarbij de zorgvrager al een tijdje structureel tegen een probleem aanloopt, waarbij zijzelf of de omgeving van de zorgvrager het tijd vinden voor ondersteuning.

Ook komt het voor dat de thuiszorg nazorg moet verrichten na het ondergaan van een operatie.

De wijkverpleegkundige krijgt tevens verzoeken voor oriënterende gesprekken.

De wijkverpleegkundige kan eigenlijk door iedereen benaderd worden. Denk aan (huis)artsen, mantelzorgers, familieleden, vrienden, burens, etc.



eHealth interventies onder de aandacht brengen die de zelfredzaamheid van de cliënt bevorderen. Zodat de zorgvrager nog geen cliënt hoeft te worden doordat thuiszorg nog niet nodig is.



Verhelderen van de hulpvraag

De wijkverpleegkundige wil de hulpvraag van de cliënt verhelderen. Indien nodig vraagt ze achtergrondinformatie op bij de huisarts, zodat ze een holistisch beeld kan scheppen van de zorgsituatie.

Wanneer ze alle persoonlijke gegevens van de cliënt heeft verzameld stelt ze alvast de zorgcontracten op zodat deze bij het intakegesprek getekend kunnen worden.

De wijkverpleegkundige maakt een inschatting van de benodigde zorg.

Wanneer de wijkverpleegkundige digitaal werkt probeert ze alvast een start te maken met het zorgplan.

Na goedkeuring van de zorgvrager vraagt de wijkverpleegkundige het dossier op van de huisarts.



Er wordt nagedacht over voor de hand liggende interventies die ingezet kunnen worden voor de zorgvraag. De wijkverpleegkundige gaat zelf niet actief opzoek naar alternatieven. Wvk triggeren met bijvoorbeeld pushnotificaties.



Intakegesprek (1e gesprek)

De wijkverpleegkundige voert een gesprek met de cliënt en eventuele andere betrokkenen die zich ook hebben aangesloten bij het gesprek. Denk hierbij aan; familie, mantelzorgers, partners. Iedere wijkverpleegkundige heeft hiervoor haar eigen werkwijze. Op basis van intuïtie en met een knipoog naar de patronen van Gordon gaat zij door het gesprek heen.

Ze observeert de (thuis-)situatie. Stelt vast welke zorg direct gestart moet worden en maakt hiervoor de eerste afspraken met de cliënt.

Ze laat alvast wat onderwerpen vallen die ze de volgende keer wil bespreken. Zodat de cliënt hierover kan nadenken.

Wijkverpleegkundige heeft een gesprek met de cliënt. En eventuele aanwezigen.



eHealth meenemen in het verwachtingsmanagement voorkomt teleurstelling achteraf. De wvk in informatie voorzien per categorie/diagnose zodat ze haar aanbod kan vergroten. Analooog wordt verkozen boven digitaal, dan toch een fysiek product (erbij)?



Opstellen zorgplan

De wijkverpleegkundige wil de zorgvraag vertalen naar een diagnose, doelen en acties. Zodat zij deze kan verwerken in een zorgplan voor de cliënt.

Wanneer de wijkverpleegkundige digitaal werkt, kan het zorgplan direct bij de cliënt opgesteld worden. Zodat deze ook direct ondertekend kan worden.

Werkt ze nog niet digitaal dan moet ze eerst langs kantoor om het zorgplan op te stellen en uit te printen. Zodat zij deze kan toevoegen aan de zorgmap.

Op kantoor plant ze de eerste zorg in, zorgt ze voor een goede overdracht en werkt ze haar anamnese en evaluatie uit.

Ze schrijft duidelijke acties weg voor haar team zodat de overdracht soepel verloopt. Bij bijzonderheden belt ze de dienstdoende verzorgende nog even na.



Ondertekenen zorgplan

Het zorgplan dient ondertekend te worden door de cliënt. Zoals hiernaast is omschreven kan dit tijdens het eerste gesprek wanneer de wijkverpleegkundige al volledig digitaal werkt.

Bij een papieren versie gaat de wijkverpleegkundige nogmaals langs of ze draagt de zorgmap over naar de contactverzorgende van de cliënt. Haar teamlid zorgt dan voor de verdere afwerking.

De wijkverpleegkundige of contactverzorgende neemt het zorgplan door met de cliënt en aanwezig.



Uitvoeren van de zorg

Het team van de wijkverpleegkundige voert de zorg uit. Vaak heeft elke cliënt ook een contactverzorgende of EVV'er, eerste verantwoordelijke verzorgende.

De wijkverpleegkundige wil inzicht krijgen in hoe het met de cliënt gaat. En wil controleren of de interventie die zij heeft ingezet het gewenste resultaat oplevert.

Hiervoor leest ze de rapportages, gaat ze in gesprek met haar teamleden, organiseert ze werkoverleggen en voert ze zelf ook af en toe zorg uit bij de cliënt. Zeker wanneer de cliënt nieuw is komt de wijkverpleegkundige geregeld zelf de zorg uitvoeren.

De zorg wordt opgepakt door het team. Zij zullen bij acute problemen direct telefonisch contact opnemen met de wijkverpleegkundige.



Het team is veelal niet op de hoogte van de praktische zaken voor het inzetten van hulpmiddelen en voorzieningen. Dit loopt dan weer via de wvk. Hoe deze informatie ook bij het team krijgen? Zodat zij ook actief meedenken over de inzet van eHealth, zij zien de cliënt immers.



Vervolggesprek (na 6 weken)

Na 6 weken wordt een evaluatie gehouden met de cliënt. Buiten de thuiszorgevaluatie wordt dan ook een risico signalering gedaan.

De wijkverpleegkundige komt terug op de onderwerpen die zij tijdens het intakegesprek heeft laten vallen. Onderwerpen kunnen zijn: voorzieningen zoals tafeltje dekje. Maar ook interventies zoals personenalarmering.

Wil meneer/mevrouw nog iets met de informatie die de wijkverpleegkundige heeft gegeven? Hebben ze nog extra informatie nodig? Kunnen dingen in gang gezet worden?

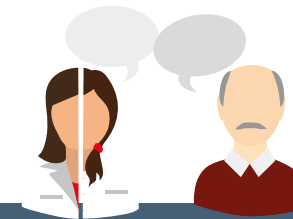


Uitvoeren van de zorg

Het team van de wijkverpleegkundige voert de zorg uit.

De wijkverpleegkundige wil inzicht krijgen in hoe het met de cliënt gaat. En wil controleren of de interventie die zij heeft ingezet het gewenste resultaat oplevert.

Hiervoor leest ze de rapportages, gaat ze in gesprek met haar teamleden, organiseert ze werkoverleggen en voert ze zelf ook af en toe zorg uit bij de cliënt.



Halfjaarlijkse evaluatie/Herindicatie

Elk halfjaar wordt een evaluatie gedaan door de wijkverpleegkundige en/of door de contactverzorgende/EVV'er.

Het zorgplan wordt doorgenomen. De thuiszorgevaluatie wordt gedaan net zoals de risicosignalering.

Het zorgplan dient geherindiceerd te worden. Dit kan enkel worden gedaan door de wijkverpleegkundige.

Het doel is dat het zorgplan up to date is, en tussentijdse wijzigingen doorgegeven worden aan de wijkverpleegkundige. Tijdens de evaluatie zou dus weinig aangepast hoeven te worden.

Ter voorbereiding op het gesprek wil de wijkverpleegkundige nog wel eens navraag doen bij haar team. Ook gebeurt het dat er contact op wordt genomen met de (huis)arts om bevindingen te checken.



De zorg wordt opgepakt door het team. Zij zullen bij acute problemen direct telefonisch contact opnemen met de wijkverpleegkundige.



Ter voorbereiding doet de wijkverpleegkundige navraag bij haar team.



In de voorbereiding alternatieven aanbieden op basis van de ingezette interventie. "Heb je hier al eens over nagedacht? Dit had je ook in kunnen zetten"



Tijdens cliënt overleggen zorgplannen bespreken met het team. Wat was het effect van de interventie? Is de interventie ook voor andere cliënten in te zetten? Daaraan toevoegen: Welke (eHealth) interventie was ook mogelijk geweest? Alternatieven bieden met de keuzehulp.



Het intakegesprek wordt gedaan op basis van intuïtie en soms via een vast gespreksstramien. Dit stramien wordt niet meer gehanteerd bij evaluaties. Ziet de wvk hierdoor punten over het hoofd? Leidt bewustwording tot meer inzet van eHealth?



Wijzigen zorgplan

Uit de evaluatie en de signalering kunnen punten komen die verwerkt dienen te worden in het zorgplan.

Wanneer de wijkverpleegkundige digitaal werkt kan dit direct gedaan worden bij de cliënt.

Anders gebeurt het wijzigen van het zorgplan op kantoor.



Ondertekenen zorgplan

Wanneer er iets gewijzigd wordt in het zorgplan dient de cliënt hiervoor opnieuw te tekenen.

Wanneer de wijkverpleegkundige digitaal werkt kan dat worden gedaan tijdens het evaluatiegesprek.

Anders komt de wijkverpleegkundige hiervoor terug en/of draagt zij dit over aan de contactverzorgende/EVV'er.



Uitvoeren van de zorg

Na de evaluatie en het eventueel wijzigen van het zorgplan wordt de zorg weer opgepakt door het team. Bij bijzonderheden evalueert de wijkverpleegkundige dit met haar team.

Het zorgplan wordt gewijzigd door de wijkverpleegkundige. Soms vraagt ze een collega even met haar mee te kijken.

De wijkverpleegkundige of contactverzorgende neemt het zorgplan door met de cliënt en aanwezig.

De zorg wordt opgepakt door het team. Zij zullen bij acute problemen direct telefonisch contact opnemen met de wijkverpleegkundige.



Algemeen: Veel interesse in ook de werkwijze van andere zorgorganisaties. Besef en bewustwording creëren bij de wijkverpleegkundige over hun eigen werkwijze en handelen. Waar bevinden zij zich in hun eigen 'journey'?

4 IDEE GENERATIE

De Customer Journey is geverifieerd bij verschillende wijkverpleegkundigen uit verschillende zorgorganisaties in een poging recht te doen aan de diversiteit van 'typen' wijkverpleegkundigen. Op basis van de verkregen inzichten en kansen, omschreven in hoofdstuk 3, kan er nagedacht worden over mogelijke toepassingen. Kijkend naar waar in de Customer Journey deze toepassingen van waarde zijn voor de wijkverpleegkundige.

Dit hoofdstuk beschrijft de ideeën die zijn gegenereerd binnen het onderzoeksteam tijdens diverse werksessies. Op basis van deze ideeën is een start gemaakt aan de Randvoorwaarden of ook wel het Programma van Eisen. Met ter afsluiting de acht uitgekozen ideeën die midden april voorgelegd gaan worden aan de wijkverpleegkundigen in een focusgroep sessie.

4.1 Eerste ideeën

De interviews met de wijkverpleegkundigen heb ik als zeer waardevol en inspirerend ervaren. De verkregen inzichten hebben mij dan ook geholpen een eerste set aan ideeën uit te werken zodat ik deze kon voorleggen aan het onderzoeksteam tijdens het werkoverleg.

Kijkend en terugkoppelend naar de inzichten uit de interviews heb ik geprobeerd een diverse set aan ideeën vorm te geven die niet alleen maar gericht zijn op mobile devices maar juist ook de mogelijkheid bieden van ‘analoog werken’.

De ideeën zijn voorgelegd met als doel het team te inspireren en uit te nodigen tot gesprek over de ideeën en inzichten. In de hoop het onderzoeksteam op andere wijze te kunnen laten kijken naar de onderzoeksresultaten door inzichten te koppelen aan mogelijke oplossingen of liever gezegd kansen.

Het beoogde doel om gezamenlijk tot nieuwe of rijkere ideeën te komen werd helaas niet bereikt. Dit bleek toch niet de juiste (eerste) werkwijze. De ideeën zijn voorsnood aan de kant geschoven. Vanuit de opleiding en eerdere projecten ben ik gewend ideeën te evalueren door te kijken naar wat is de gedachtegang achter het idee, waar komt het weg? Wat maakt het idee of de ideerichting kansrijk? Wat vind ik van de huidige uitwerking hiervan en hoe zou het ook kunnen?

Het was voor mij dan ook omschakelen en een goed leermoment dat de benadering vanuit het onderzoeksteam afwijkt van de wijze waarop ik het gewend ben. Gevoelsmatig ben ik in het voorleggen een stap te snel geweest, en was er eerst een gezamenlijk begrip van de inzichten nodig voordat wij gezamenlijk ideeën konden genereren.

Een pas op de plaats was nodig, onderbouwing en afstemming van mijn stappen en tussentijdse producten werd steeds noodzakelijker.

Buiten dit inzicht was het andere resultaat van de sessie dat de kaders waarin ik mij voor mijn gevoel omgaf concreter en kleiner werden. Een deel van de ideeën zijn ontworpen met de mogelijkheid dat een stakeholder deze kan onderhouden en vullen met gegevens uit haar database, dit bleek toch een te ambitieus en complex streven. In de ideeën dient dan ook gestuurd te worden op een onderhoudsarm concept.

Op de hierop volgende pagina's staat een weergave van de eerste ideeën.



Inzichten:

eHealth is een abstract begrip, de wijkverpleegkundige weet niet goed wat wel onder eHealth valt en wat niet.

Een applicatie/website die dient als catalogus waarbij de producten ingedeeld worden per categorie en/of verpleegkundige diagnose. Informatie over: prijs, vergoeding vanuit de verzekeraar, ervaringen van gebruikers.

Filter mogelijkheden

Verschillende categoriën bijv.
- Verpleegkundige diagnoses
- Domeinen

Beoordelingen van gebruikers

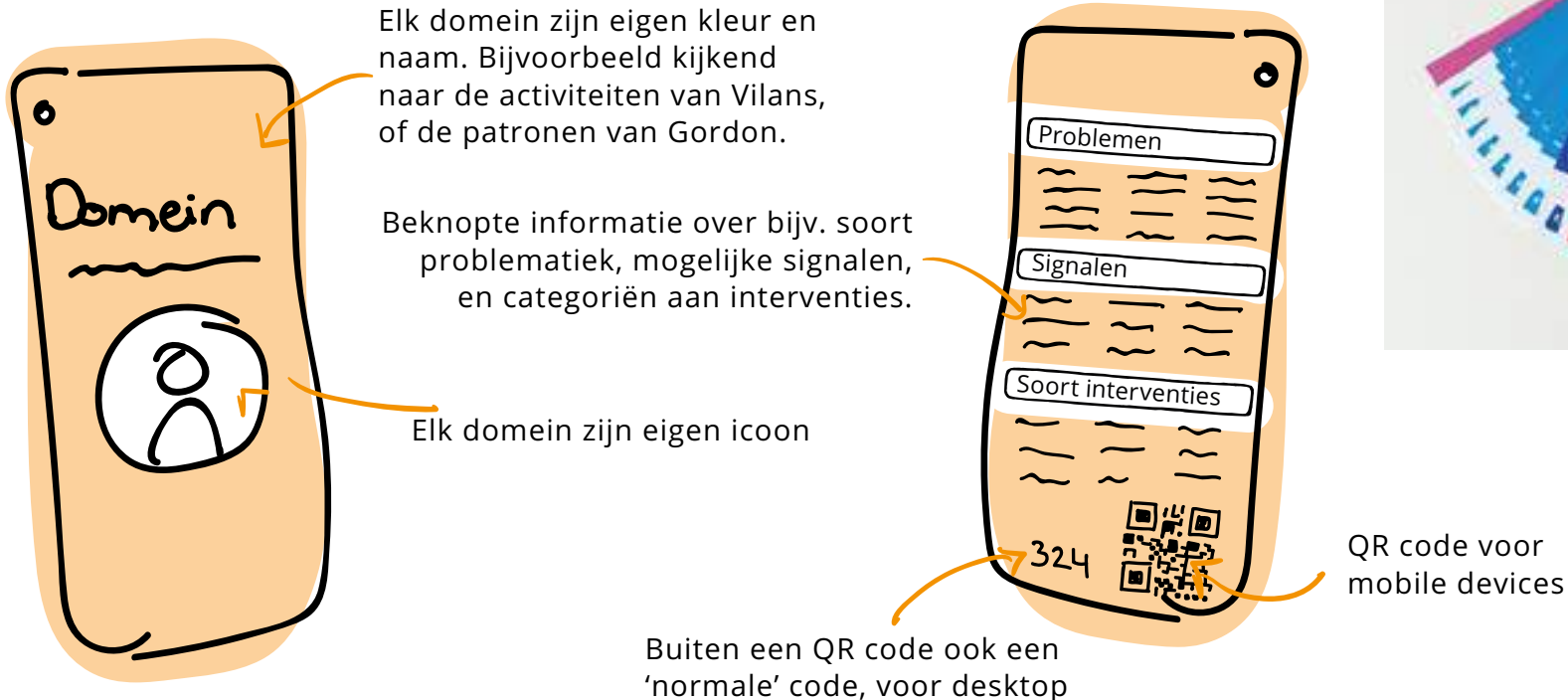




Inzichten:

eHealth is een abstract begrip, de wijkverpleegkundige weet niet goed wat wel onder eHealth valt en wat niet. De wijkverpleegkundige vindt eHealth wel interessant en wil er ook wel meer over weten maar ze wil zelf niet actief op zoek, hierin dient zij getriggerd te worden. In gesprek gaan over eHealth wordt als lastig ervaren, dit kan eigenlijk pas wanneer er een vertrouwensband is opgebouwd. Een deel van de wijkverpleegkundigen verkiest analoog boven digitaal.

Een waaier en/of gesprekskaarten die de wijkverpleegkundige ondersteunen tijdens het intakegesprek en/of evaluatiegesprek. Hierdoor kan zij verschillende domeinen bespreekbaar maken met de cliënt, wanneer het een aandachtsgebied is bij de cliënt kan de wijkverpleegkundige het aanbod aan interventies tonen via de QR-code.



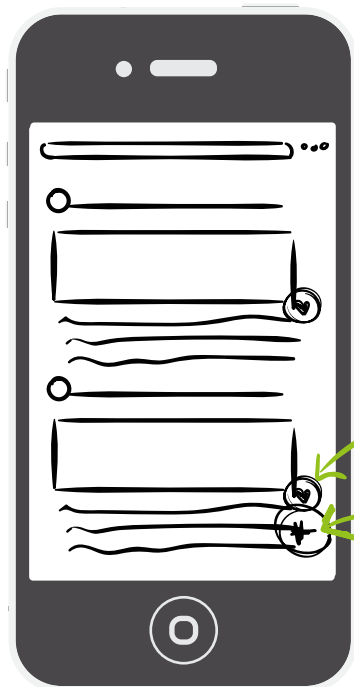


Inzichten:

eHealth is een abstract begrip, de wijkverpleegkundige weet niet goed wat wel onder eHealth valt en wat niet.

De wijkverpleegkundige vindt eHealth wel interessant en wil er ook wel meer over weten maar ze wil zelf niet actief op zoek, hierin dient zij getriggerd te worden.

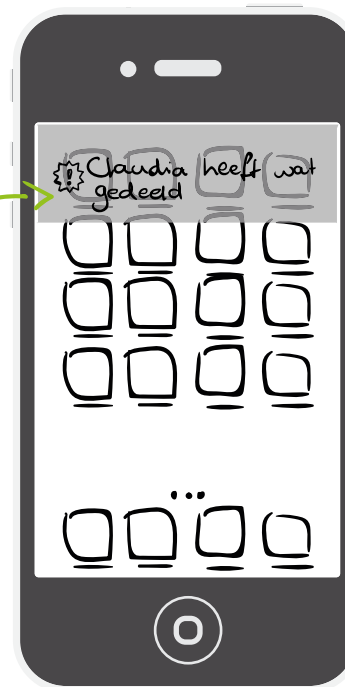
Een platform waarop interessante artikelen gedeeld kunnen worden binnen een zorgorganisatie. Wijkverpleegkundige en team kunnen dit gezamenlijk met elkaar oppakken, zodat je elkaar kunt inspireren. Uitlezen van nieuwsartikelen met (e)Health tags, eventuele koppeling met "Oh dat is eHealth" facebookgroep.



Push-notificaties wanneer een teamlid wat geüpload heeft. Zodat je elkaar ook actief triggert.

Een artikel die je interessant vond opslaan bij jouw favorieten

Zelf een artikel/link uploaden wat je gelezen hebt en graag onder de aandacht wilt brengen





Inzichten:

eHealth is een abstract begrip, de wijkverpleegkundige weet niet goed wat wel onder eHealth valt en wat niet. De wijkverpleegkundige vindt eHealth wel interessant en wil er ook wel meer over weten maar ze wil zelf niet actief op zoek, hierin dient zij getriggerd te worden.

De wijkverpleegkundige heeft kennis over hoe en waar middelen aangevraagd kunnen worden. Haar team is hiervan (veelal) niet op de hoogte.

Een zoekmachine/catalogus ook op basis van categorieën met als doel om een digitale toolbox vast te leggen binnen een team/zorgorganisatie. Zodat iedereen weet welke middelen er aan te vragen zijn. Het team komt immers veel bij de cliënt over de vloer en kan een betere inschatting maken van mogelijke 'extraatjes'. Hiervoor dient hij/zij wel op de hoogte te zijn van de mogelijkheden binnen de organisatie.





Inzichten:

eHealth is een abstract begrip, de wijkverpleegkundige weet niet goed wat wel onder eHealth valt en wat niet. De wijkverpleegkundige vindt eHealth wel interessant en wil er ook wel meer over weten maar ze wil zelf niet actief op zoek, hierin dient zij getriggerd te worden. De wijkverpleegkundige werkt vaak erg intuïtief, valkuil hiervan is dat ze geneigd is de standaard interventies in te zetten. Ze staat eigenlijk niet stil bij de alternatieven die mogelijk zijn.

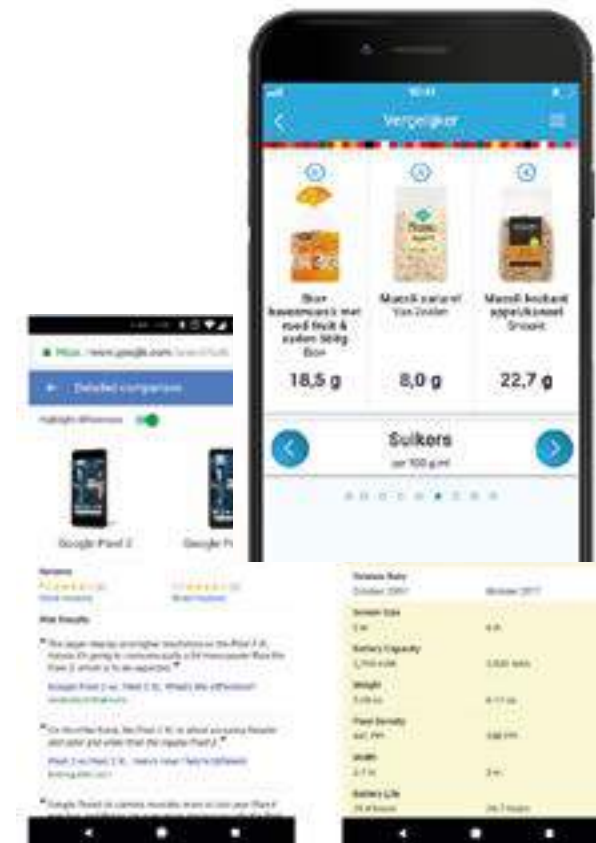
De wijkverpleegkundige is geneigd om voor de hand liggende interventies in te zetten. Ze houdt zich niet bezig met mogelijke alternatieven. Door de wijkverpleegkundige te bevragen wat zij in zou/wil zetten worden haar standaard interventies inzichtelijk. Door op basis van een standaard interventie een alternatief aan te bieden kan de wijkverpleegkundige meerdere opties ontdekken.



Dit zou via een E-learning kunnen. "Wat zou jij bij deze casus inzetten aan interventies?"

Maar zou ook gekoppeld kunnen worden aan de digitale toolbox (roze). Wat zou jij uit jullie toolbox inzetten?

Zou ook gekoppeld kunnen worden aan de catalogus van bijv. een thuisleefgids. Waarbij het een zoekbalk is waar ze haar standaard interventie invoert. Op basis van de product tags zou dan een aanbod aan alternatieve interventies gepresenteerd kunnen worden.





A collection of colorful, patterned paper scraps and cards arranged on a wooden surface. The scraps are in various shapes and sizes, featuring patterns like polka dots and solid colors. Some are blue, green, yellow, orange, pink, red, and purple. They are scattered across the table, with some overlapping. In the background, there are more patterned paper scraps and a small white container with a red string.

De Customer Journey als fysiek product plaatsen in het kantoor van de wijkverpleegkundige. Zodat ze bewust bezig is met haar eigen werkproces.

4.2 Brainstormen

Een nieuwe aanpak was nodig, het was noodzakelijk om allereerst gezamenlijk stil te staan bij de inzichten uit de interviews. Het onderzoeksteam is gewend om analyse sessies met elkaar uit te voeren waarin gezamenlijk gewerkt wordt aan en met de inzichten. Door de ruimte te pakken om de inzichten te delen en te bespreken met elkaar ontstond een mooi vertrekpunt voor de ideegeneratie.

Vanuit de kansen konden vragen geformuleerd worden als uitgangspunt voor de brainstormsessies. Er zijn twee brainstormsessies georganiseerd waarbij de tweede sessie als meest waardevol is beschouwd ook gezien dat het gehele team hierbij aanwezig kon zijn.

Toch beschrijft deze paragraaf beide sessies om toch recht te doen aan de data die is ontstaan tijdens de eerste sessie.

Debrainstormsessies werden georganiseerd binnen het onderzoeksteam, in co-creatie verband met de wijkverpleegkundigen was hierin niet mogelijk aangezien er in korte tijd slagen moesten worden geslagen. Er is gekozen voor een efficiënte wijze waarbij het onderzoeksteam, met alle kennis en inzichten, een diversiteit aan ideeën heeft gevormd die midden april voorgelegd gaan worden aan de wijkverpleegkundigen. Met het standpunt dat het gemakkelijker is om te reageren op iets wat er al ligt en dat het wijsheid is om 'gewoon maar ergens te beginnen'.

1

Brainstorm 1

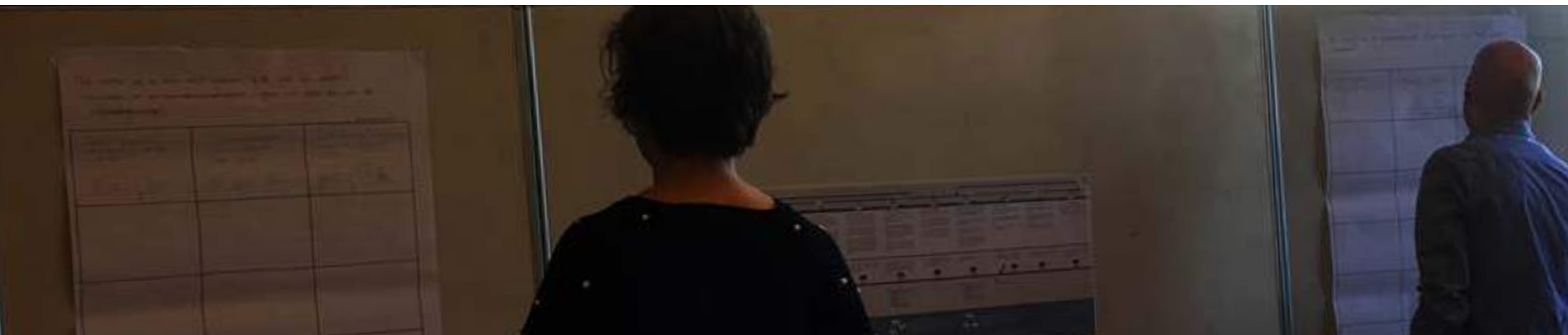
De eerste brainstorm heb ik vrij vlot georganiseerd na het 'opleveren' van mijn gebruikersonderzoek, hoofdstuk 3 van dit verslag. Waarin ik uit ben gegaan van de kansrichtingen die ik heb gezien. Een vijftal vragen zijn geformuleerd die de leidraad vormden voor de sessie. Dit alles met het doel om ideeën te creëren waarvan wij geloven dat het passend zou zijn bij het wijkverpleegkundig proces. Na clustering van de ideeën of ideerichtingen is ook

de terugkoppeling gemaakt richting de Customer Journey. Deze eerste brainstorm was voornamelijk voor mijzelf van meerwaarde als oefening voor het faciliteren van een sessie in mijn eentje, de uitkomsten zijn verder in het project niet gebruikt. Ik heb de uitkomsten wel verwerkt voor eventuele inspiratie bij de uitwerking van de instrumenten/tools/applicatie die gaan komen. Deze uitwerking is te vinden in bijlage **C**.

2

Brainstorm 2

Deze sessie is waardevol geweest voor het onderzoeksteam en staat aan de basis voor de set ideeën die zijn ontstaan voor de focusgroepsessie met de wijkverpleegkundigen. Het was mooi om te zien hoe iedereen elkaar wist te inspireren en er verder gewerkt werd aan andermans ideeën. Een diversiteit aan ideeën zijn ontstaan waar de gehele groep achter kon staan.



4.2.1 Brainstormsessie 2

Deze brainstormsessie is gestart met een analyse sessie van de inzichten uit het voorleggen van de Customer Journey aan de wijkverpleegkundigen. Eén van de onderzoekers heeft dit deel voorbereid en ons aan de hand van de Customer Journey meegenomen door alle interviews heen. Met als doel om met zijn allen vanuit hetzelfde punt te vertrekken.

Op basis van de voorbereiding op de analyse sessie heb ik een lijst van uitgangspunten/vraagstellingen weten te formuleren waar we met elkaar over konden nadenken tijdens de brainstormsessie.

Er wordt nagedacht over zes vragen met behulp van de 635 methode. Dit houdt in dat een groep van 6 mensen, het onderzoeksteam, werkt aan het genereren van ideeën waarbij een ieder per vraag 5 minuten de tijd krijgt om 3 ideeën te verzinnen.

Het voordeel van deze methode is dat er individueel nagedacht kan worden over het onderwerp, met eventuele inspiratie van de reeds ontstane ideeën. Naderhand zijn de ideeën gestickerd, ter beoordeling, en besproken met elkaar om boven tafel te krijgen wat de goed scorende ideeën voor ons betekenen en wat er voorwaardelijk is om dit idee uit te werken. Met als doel een divers aantal ideerichtingen die ik verder kan uitwerken zodat er straks een set ideeën klaarligt voor de focusgroepsessies met de wijkverpleegkundigen.

De zes vragen waar het onderzoeksteam met elkaar over na gaan denken:

1. Hoe kan de wijkverpleegkundige informatie achterlaten bij de cliënt?
2. Hoe kunnen wij eHealth interventies tastbaar maken?

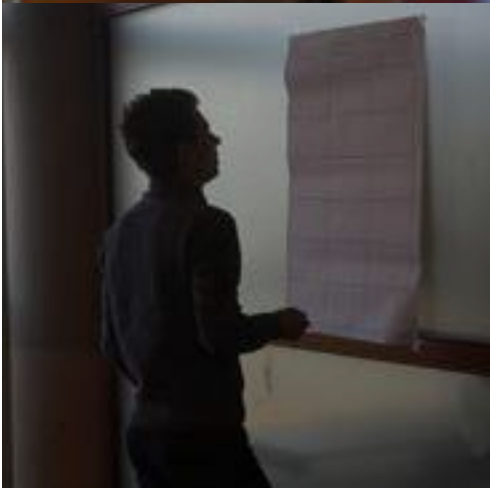
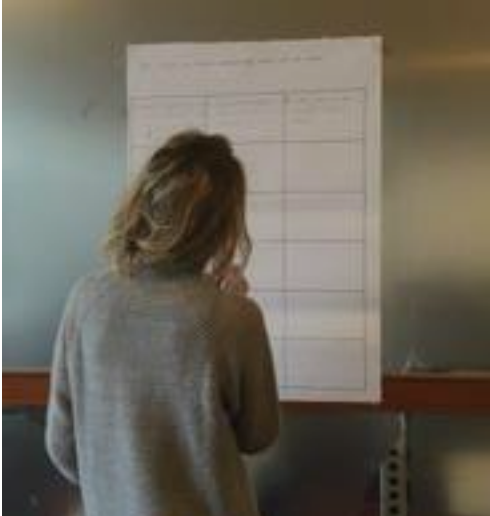
3. Hoe kunnen wij het team actief betrekken bij de inzet van eHealth? Hoe kunnen wij stimuleren dat het als een teamverantwoordelijkheid voelt en niet alleen die van de wijkverpleegkundige?

4. Hoe kunnen wij de wijkverpleegkundige bewust maken van haar eigen werkproces?

5. Hoe kunnen wij eHealth vroegtijdig en doorlopend onder de aandacht brengen bij de wijkverpleegkundige?

6. Hoe kunnen wij eHealth bespreekbaar maken met de cliënt?

Hierna volgen allereerst de resultaten per vraag, met daaropvolgend een conclusie welke clusteringen hieruit te halen zijn met tot slot een beschrijving van wat de vervolgstap gaat zijn.



Hoe kan de wijkverpleegkundige informatie achterlaten bij de cliënt?

Het onderzoeksteam heeft het als belangrijk bevonden om op een gemakkelijke wijze content door te kunnen sturen, digitaal, naar cliënten en hun omgeving. Denkbaar is een applicatie waarin verschillende interventies beschreven staan die de wijkverpleegkundige kan bespreken met haar cliënten waarbij ze na afloop van het gesprek het betreffende product of de productcategorie kan doorsturen zodat de cliënt het nog eens kan overdenken.

Het intake- en/of evaluatiegesprek is een belangrijk moment voor de wijkverpleegkundige. Hierin kan zij de (latente) zorgvraag naar boven halen en mogelijke interventies indiceren en/of adviseren. Om eHealth bespreekbaar te maken met de cliënt dient ingespeeld te worden op deze momenten.

Het onderzoek leert dat de wijkverpleegkundige het persoonlijker vindt om tijdens deze gesprekken geen laptop/mobile device tussen haar en de cliënt in te hebben staan, althans het liefst zo min mogelijk. Gedacht wordt aan een gesprekskaartenset of gesprekswaaier die de wijkverpleegkundige kan inzetten om productcategorieën of interventie categorieën bespreekbaar te maken met de cliënt op fysieke en analoge wijze. Deze tool kan ook als brug ingezet worden naar een mobile device waarbij in een applicatie bijvoorbeeld concrete voorbeelden staan van producten en de waaier alleen de categorie beschrijft.

De projectgroep ziet het als een kans wanneer de wijkverpleegkundige tijdens deze gesprekken ook kinderen en kleinkinderen uitnodigt en hen hierin betreft aangezien zij meer gewend zijn aan technologie en hier waarschijnlijk ook sneller voor openstaan dan het huidige cliëntenbestand van thuiszorgorganisaties.

Hoe kunnen wij eHealth interventies tastbaar maken?

Het tastbaar maken van eHealth interventies is een klus op zich en waarschijnlijk ook noodzakelijk om een beter begrip te krijgen van dezen. Met alleen informatieverstrekking gaan wij er waarschijnlijk niet komen. Interventies dienen aangeschaft te worden door de cliënt, soms is hier een potje voor via de gemeente of vergoedt de verzekeraar een deel maar dit is lang niet altijd het geval. Het financiële aspect in combinatie met nog geen groot aantal succesverhalen weerhoudt de wijkverpleegkundige een duur product te adviseren waarvan zijzelf ook nog niet overtuigt is.

De projectgroep ziet het als een kans wanneer eHealth interventies op laagdrempelige wijze uitgetoetst kunnen worden door zorgorganisaties en haar cliënten.

Denk aan een roulerend systeem onder zorgorganisaties waarbij elke maand een eHealth interventie toegestuurd wordt inclusief eventuele uitleg en casuïstiek. Dit maakt het mogelijk om de verpleegkundigen en verzorgenden kennis te laten maken met het product en het eventueel testen van het product bij cliënten.

Wanneer het niet mogelijk is een fysiek product bij de cliënt te brengen of de cliënt bij een fysiek product (denk aan bezoeken van een slimme woning). Dan zouden goede productdemo's ook tot de verbeelding spreken.

Ook is er nagedacht over het inzetten van een hololens, mixed reality, augmented reality, virtual reality, etc. allemaal mooie technieken die bij kunnen dragen aan visualisaties. Gebruik van deze technologieën is alleen niet haalbaar binnen de nog korte looptijd van het project.

Hoe kunnen wij het team actief betrekken bij de inzet van eHealth?

Persoonlijk vond ik het een kansrijk inzicht dat de wijkverpleegkundige weet heeft van hoe, wat en waar interventies en voorzieningen aangevraagd kunnen worden en de verzorgende eigenlijk niet. Bij een veranderde zorgvraag verwijst de verzorgende de cliënt met zijn/haar zorgvraag door naar de wijkverpleegkundige. Gevoelsmatig kan dit ten eerste efficiënter maar ik denk ook dat het in de basis goed is om de inzet van eHealth als verantwoordelijkheid van het hele team te zien. De verzorgende komt dagelijks of regelmatig over de vloer en is eigenlijk de handen en oren van de cliënt. Naar verwachting zou het team best een goede inschatting kunnen maken of een interventie past bij een cliënt wanneer zij hier zelf ook meer over geïnformeerd is.

Speelse werkvormen ontstonden zoals een memory spel wat analoge interventies koppelt aan digitale (eHealth) interventies. Door dit spel te verrijken met een intervisie instrument kan er na het spelen besproken worden hoe het digitale hulpmiddel de zorg veranderd. Intervisie komt ook als kans naar voren wat betreft casuïstiekbespreking.

Ook is er gedacht aan verschillende soorten applicaties. Zoals bijvoorbeeld een quiz app waarbij het gehele team dezelfde weekvraag krijgt zodat er onderling ook gesproken kan worden over deze vraag. Maar ook dingen zoals een sociaal platform/community waarop het team artikelen en berichten kan delen met elkaar die ook al gevuld is met een standaard aanbod aan berichten over eHealth.

Hoe kunnen wij de wijkverpleegkundige bewust maken van haar eigen werkproces?

Het is natuurlijk nog maar de vraag of bewustwording van het werkproces resulteert in meer inzet van eHealth. Toch heeft het onderzoeksteam nagedacht over hoe wij de wijkverpleegkundige bewust kunnen maken van haar eigen werkproces.

Een sterke voorkeur gaat uit naar het zelf kunnen opbouwen van de Customer Journey per zorgorganisatie. Denk aan een workshopsetje, legoblokken etc. waarbij de wijkverpleegkundige met haar team kan stilstaan bij het werkproces. Ideaal zou zijn als het resultaat van de teamactiviteit op kantoor van de wijkverpleegkundige kan blijven staan/hangen.

Training on the job en reflectie binnen het team komt ook naar voren als mogelijkheid. Waarbij het interessant kan zijn om ook eens bij andere zorgorganisaties te kijken naar bijvoorbeeld hoe zij hun dossiervorming aanpakken. De horizon verbreden, leren van elkaar.

Qua applicatie ideeën kwam er een soort Happinez app uit die dagelijkse / wekelijkse prikjes (push-notificaties) stuurt. Met bijvoorbeeld korte vragen die de wijkverpleegkundige aan het denken zet over haar eigen werkproces.

Hoe kunnen wij eHealth vroegtijdig en doorlopend onder de aandacht brengen bij de wijkverpleegkundige?

Hier kwamen soortgelijke ideeën uit als die bij de vorige vragen behandeld zijn. Denk hierbij ook weer aan dergelijke quiz en Happinez apps. Ook ontstond hierbij het idee voor een sociaal platform met de collega's waarop nieuwsartikelen en berichten met elkaar gedeeld kunnen worden. Alles met het doel om op laagdrempelige wijze en met korte prikkjes (push-notificaties) even onder de aandacht te komen bij de wijkverpleegkundigen en haar team. Zodat eHealth dagelijks, wekelijks, maandelijks even voorbij komt.

Ook fysieke producten kwamen hier weer naar voren, denk hierbij aan postermateriaal wat de wijkverpleegkundige blijvend op kan hangen op kantoor of in de koffiekamer.

In eerste instantie wordt gedacht aan een poster met productinformatie over een eHealth toepassing. Met informatie zoals: Wat kan het? Hoe werkt het? Wat is het? Wat kost het? Ook is het denkbaar om deze posters in te steken vanuit casuïstiek. 'Voor deze diagnose is het volgende eHealth product toepasbaar.'

Vanuit casuïstiek gekeken kwamen ook nog twee andere ideeën naar voren. Zoals het uitwerken van zo'n casus in een visual novel. Of een algemeen idee waarbij eHealth een standaard onderwerp van gesprek wordt tijdens de dossierbesprekingen.

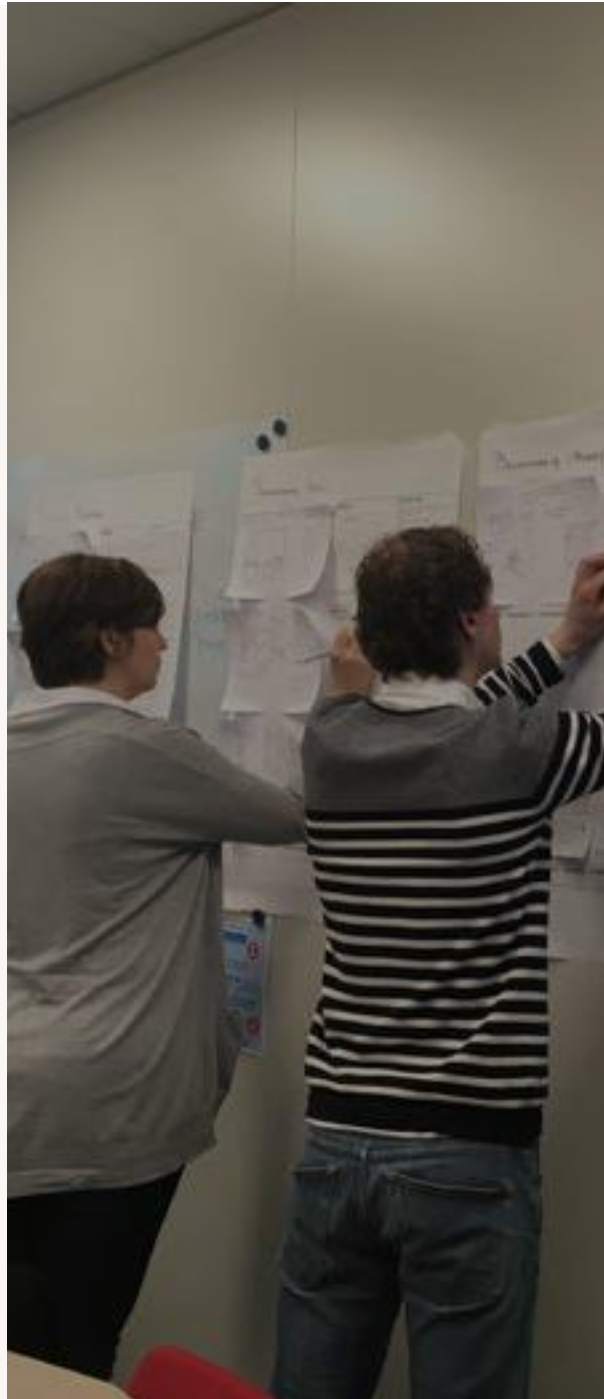
Hoe kunnen wij eHealth bespreekbaar maken met de cliënt?

In zijn algemeenheid is gesproken over de optie om in de bewoording niet over eHealth hulpmiddelen te spreken maar over digitale en analoge hulpmiddelen. In de hoop hiermee het abstracte begrip eHealth te vermijden en hiermee de digitale hulpmiddelen toegankelijker te maken voor de cliënt en de wijkverpleegkundige.

Buiten de bewoording is ook nagedacht over fysieke mogelijkheden om eHealth producten te bespreken en 'presenteren' bij de cliënt. Het fysiek kunnen meenemen van een product en aan de hand daarvan testen of het wat is voor de cliënt, eventueel met de mogelijkheid voor een proefperiode, is een idee waar het onderzoeksteam veel voor voelt.

Denk hierbij weer aan het roulatie systeem van de vraag 'Hoe kunnen wij eHealth interventies tastbaar maken?'.

Een roulatie systeem realiseren en implementeren binnen de nog korte looptijd van het project is eigenlijk een te ambitieus iets. Er is verder nagedacht over hoe de wijkverpleegkundige op een andere 'fysieke' wijze de producten kan bespreken met de cliënt. Ook hier kwamen weer gesprekskaarten en waaiers naar voren. Voor het bespreekbaar maken van eHealth wordt gedacht aan een waaier ter introductie van de domeinen/productcategorieën met daarop een (QR) code ter verwijzing naar een website of applicatie. Op de website zou concrete productinformatie vermeld staan, de waaier zou ter inleiding dienen.



De ideeën die gegenereerd zijn binnen de reeds beschreven vraagstellingen vielen te clusteren in de volgende 6 thema's:

1. Gesprekskaarten/waaier: ter ondersteuning van het gesprek met en bij de cliënt.
2. Tastbaar maken: voor de eigen beeldvorming en die van de cliënt.
3. Uitproberen: zelf kunnen ervaren en proberen, een beter begrip van het product.
4. Sociaal platform: elkaar kennis laten maken met eHealth, in teamverband.
5. Bewustwording/eHealth push: met prikkelende vragen/berichten stilstaan bij eHealth.
6. Tips en ondersteuning werkproces: eHealth in relatie tot het werkproces.

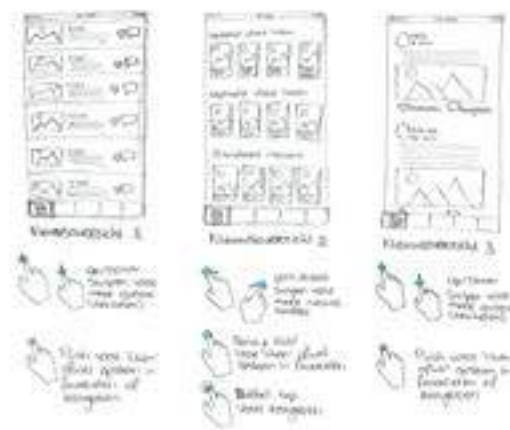
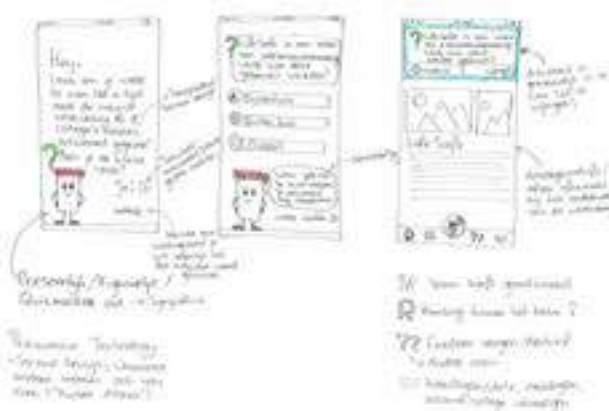
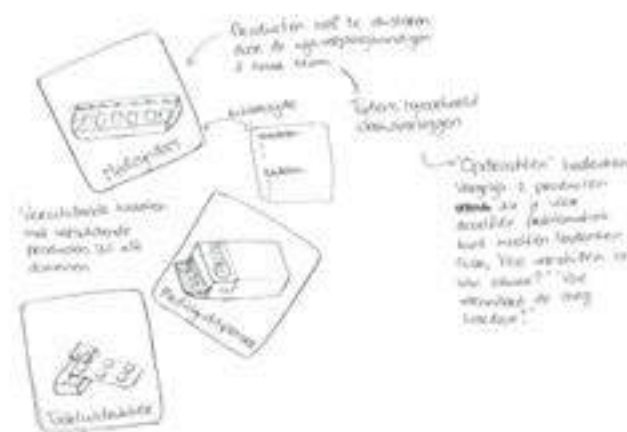
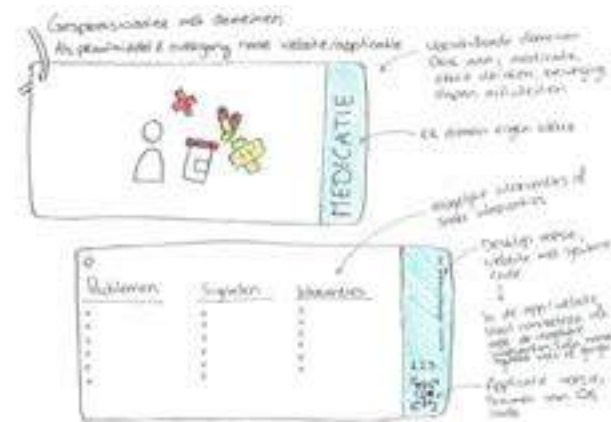
Nu de sessie geanalyseerd is en de clusters zijn gevormd was de vervolgstap het concreter en verder uitwerken van een aantal ideeën. In een poging recht te doen aan de diversiteit aan ideeën die zijn ontstaan.

4.3 Conceptualiseren

In de resultaten van de tweede brainstormsessie kwam al heel mooi naar voren dat er in een breed scala aan 'producten' wordt gedacht door het onderzoeksteam. De term toolbox met daarin verschillende instrumenten valt steeds vaker. Er wordt niet alleen meer gedacht aan één applicatie als keuzehulp. In tegendeel door voortschrijdend inzicht blijkt een dergelijke keuzehulp een te complex en ambitieus streven. Het onderzoeksteam wil inspelen op het stukje bewustwording en erop vertrouwen dat de intelligentie in de wijkverpleegkundige zit. De

intelligentie dienen wij niet in een hulpmiddel, zoals een keuzehulp te stoppen. Ondanks dat wil het onderzoeksteam wel een soort beslisboom opleveren om organisaties een handvat te bieden om hun hulpmiddelenwebsites beter aan te laten sluiten bij het wijkverpleegkundig proces.

Buiten deze beslisboom willen wij de toolbox verrijken met middelen die ook ondersteunend zijn aan het wijkverpleegkundig proces. In het voorleggen van de ideeën wordt de optie analoog en/of digitaal nog opengelaten.



De pagina hiernaast beschrijft dat de projectgroep een andere koers gaat varen. Laagdrempelige, 'simpele', interactieve en prikkelende middelen die de wijkverpleegkundige aanzetten tot denken over haar eigen werkproces en de inzet van eHealth.

Verschillende partijen hebben al een poging gedaan zo'n keuzehulp te ontwikkelen, het heeft geen nut om het wiel opnieuw uit te gaan vinden. Er moet ontwikkeld en gedacht worden vanuit de kracht van het team, het rijke inzicht in het wijkverpleegkundig proces dient aan de basis te staan en niet het beoogde eindresultaat wat in 2015 is beschreven.

Verschillende schetsen, zoals op de pagina hiernaast, zijn voorgelegd aan het team. Hieruit is een selectie gemaakt van acht ideeën, deze acht ideeën zijn uitgewerkt en worden 13, 18 en 24 april voorgelegd aan de wijkverpleegkundigen.



eHealth app met quiz element

eHealth herhaaldelijk onder de aandacht brengen op een interactieve wijze en hierbij het gehele team betrekken.

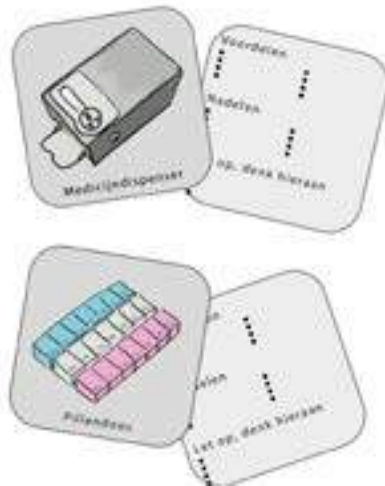
- Herhaaldelijk onder de aandacht brengen
- Wekelijks kort eHealth bericht of vraag
- Bespreken binnen het team
- Geïntegreerde quiz
- Passende posters bij weektopic zelf uit te printen
- Meer info eenvoudig in app te vinden



Productwaaier

Informatiewaaier met eHealth interventies. In te zetten tijdens de intake en/of evaluaties bij de cliënt thuis.

- Herkenbare kleur per domein (bv. medicatie, slapen etc.)
- Gemakkelijk informatie terugzoeken
- Per domein verschillende productcategorieën (bv. medicijndispenser, personenalarmering etc.)



“Memory”/“Kwartet”

Bewustwording van de mogelijk alternatieve interventies op interactieve wijze waarbij het gehele team wordt betrokken.

- Interactieve werkvorm
- Koppelt analoge interventies aan digitale (eHealth) interventies
- Teamactiviteit tijdens werkoverleg of training
- Beknopte praktische info en tips
- Diverse spelvormen mogelijk (bv. clusteren, casuïstiek, vraagstukken)



Customer Journey

Bewustwording van het eigen werkproces met de koppeling richting eHealth. Deze werkvorm kan onderdeel zijn van een trainingsmodule.

- Bewustwording van eigen werkproces
- Inzicht in aanknopingspunten eHealth
- Teamactiviteit tijdens werkoverleg of training
- Beknopte praktische info en tips



Uitproberen van interventies

Tastbaarmaken van eHealth interventies. Uitproberen van de interventies op kantoor met het team. Optioneel: Producten meenemen naar de cliënt of naar huis.

- Roulatie van eHealth producten tussen wijkverpleegkundigen
- Ervaren en uitproberen
- Vertrouwd raken met de producten
- Delen van ervaringen
- Elke maand een ander product



Postermateriaal

eHealth doorlopend onder de aandacht brengen op 'fysieke' wijze. Op te hangen op kantoor en/of in de koffiekamer.

- Prettige informatieverstrekking
- Subtiel aandachtstrekker
- Fysiek in de ruimte aanwezig
- QR code verwijst naar meer online info zoals video's
- Mogelijke koppeling met productwaaier



Casuïstiek waaier

Bewustwording van de mogelijke eHealth interventies op basis van herkenbare casuïstiek.

- Koppeling van eHealth interventies aan casuïstiek
- Op ieder moment er bij te pakken net zoals Carpenito
- Tastbare informatieverstrekking
- In te zetten op kantoor of tijdens werkoverleg



Keuzewijzer

Overzicht en advies van mogelijke digitale & analoge hulpmiddelen op basis van de gestelde diagnose.

- Keuzewijzer op basis van veelvoorkomende diagnoses
- Suggesties voor mogelijke digitale & analoge hulpmiddelen
- Ingedeeld in productcategorieën

4.4 Afbakening

De vorige paragraaf beschrijft de uiteenlopende set aan ideeën die zijn ontstaan op basis van de Customer Journey. Zoals eerder beschreven is wordt er niet alleen meer gedacht aan een keuzehulp applicatie, in tegendeel zelfs het onderzoeksteam wil gaan sturen op bewustwording en informeren over eHealth toepassingen. De intelligentie in een dergelijk keuzehulp systeem bouwen gaat niet de oplossing zijn, de wijkverpleegkundige kan, 'moet' en wil zelf na blijven denken en beredeneren welk product het beste is voor haar cliënt.

Doordat de set bestaat uit zowel fysieke als digitale producten als producten voor de trainingsmodule alsook productenter ondersteuning van het werkproces was het lastig om de ideeën te vergelijken met elkaar. Om toch iets te zeggen over hoe de ideeën zich tot elkaar verhouden is er een assenstelsel gecreëerd waarbij op de x-as wordt

gekeken naar is dit idee een product of een dienst? Op de y-as worden de ideeën uitgezet tussen de twee deliverables van het project, valt dit onder de trainingsmodule of onder de ondersteuning van het werkproces?

De pagina hiernaast geeft dit schema weer, opvallend om te zien is dat bijna alle ideeën zich aan de linkerkant van het assenstelsel begeven. Dit is te verklaren aangezien het lectoraat 'producten' oplevert die op zichzelf kunnen staan en geen onderhoud vereisen, diensten vragen over het algemeen meer onderhoud dan een product. Het idee 'Uitproberen van interventies' valt onder zo'n dienstontwerp, dit idee zou dan ook niet verder uitgewerkt worden binnen dit project. Het idee wordt wel voorgelegd aan de wijkverpleegkundigen om te polsen wat zij hiervan vinden, ook voor het adviesrapport wat nog gaat volgen.

De ideeën 'Memory/Kwartet', 'Customer Journey' en 'Casuïstiekwaaier' vallen onder de deliverable trainingsmodule. Deze ideeën worden dan ook verder uitgewerkt door de collega's en vallen hiermee out of scope van de afstudeeropdracht.

Het idee keuzewijzer, op de scheidingslijn product of dienst, wordt verder uitgewerkt met één van de projectpartners. De uitwerking van dit idee valt dan ook out of scope van de afstudeeropdracht.

In de afstudeeropdracht zou verder gewerkt kunnen worden aan het postermateriaal, de productwaaier en de eHealth app. De volgende paragraaf beschrijft het voorleggen van de ideeën en de uitkomsten daarvan. Op basis hiervan kan een definitieve richting bepaald worden, deze staat beschreven in 4.6 Conceptkeuze.



Producten ondersteuning werkproces
Onderdeel van mijn afstudeeropdracht



Ondersteuning werkproces

Dienstontwerp

Niet te realiseren binnen de looptijd van het project



Dienst



Product



Trainingsmodule

Wordt verder uitgewerkt door de collega's
Out of scope van de afstudeeropdracht



Trainingsmodule

4.5 Voorleggen ideeën

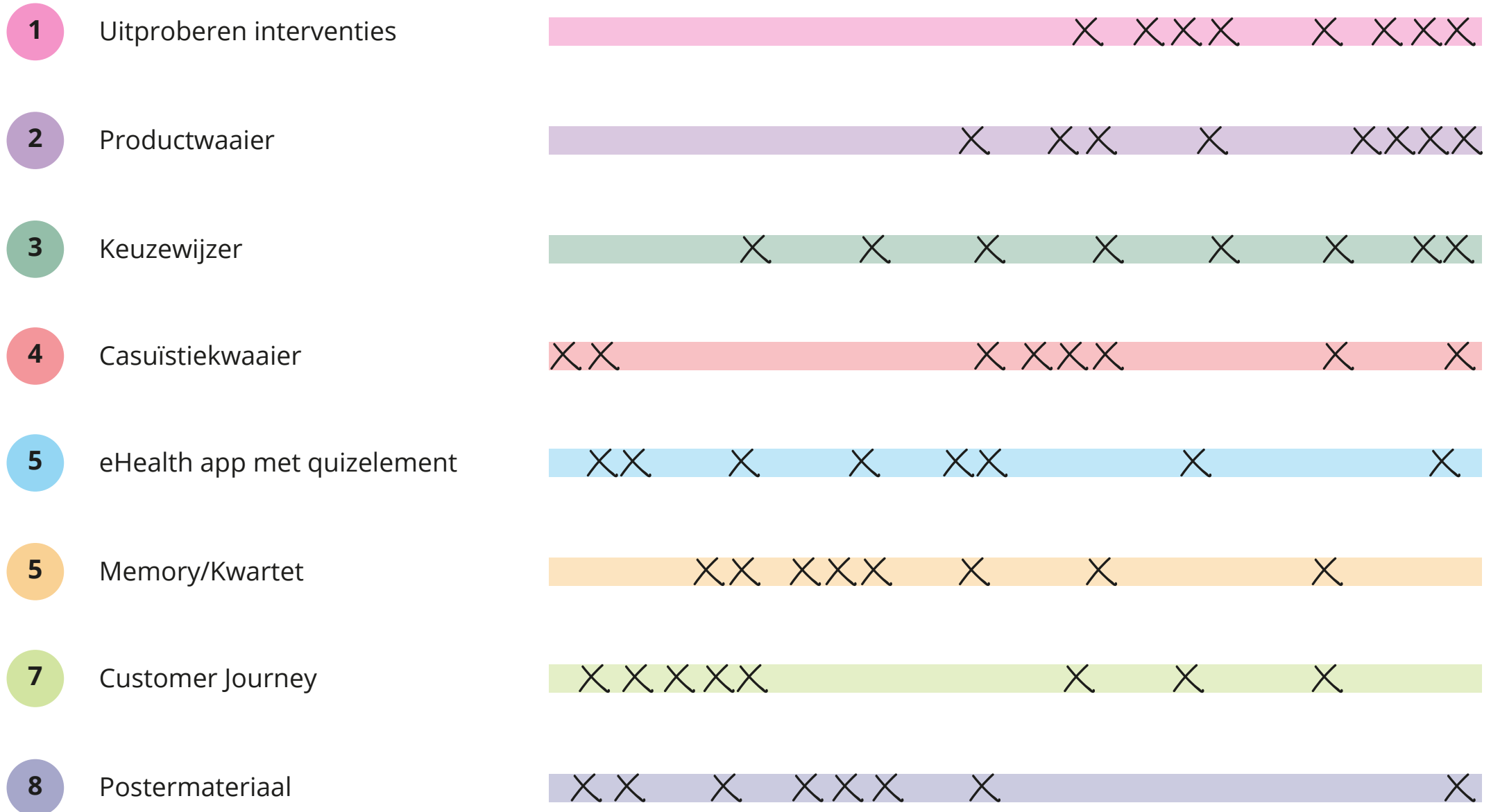
Het is tijd om het werk voor te leggen aan de wijkverpleegkundigen. De sessies van 13, 18 en 24 april zijn opgedeeld in twee gedeeltes. Waarbij het eerste gedeelte in het teken staat van individueel kijken naar de ideeën en hiervan een beeld vormen. Het tweede gedeelte van de sessie is gevuld met een groepsdiscussie en het bespreken van overeenkomsten en verschillen in de opvattingen.

In het eerste gedeelte worden de wijkverpleegkundigen gevraagd om te rouleren langs werkvellen waarop het idee staat omschreven en waarbij er kaders zijn om hun gedachten op te schrijven over: plus- en minpunten, hun eerste gedachte bij het idee en wat voor hen essentieel is in de uitwerking van dit idee. Iedere wijkverpleegkundige kreeg 3 minuten per werkvel en kon op deze wijze kennis maken met het idee.

Nadat een ieder een beeld had gevormd van de ideeën konden we de groepsdiscussie op gang brengen. Hiervoor werd als basis een rangschikkingsopdracht gehanteerd, de wijkverpleegkundigen werden gevraagd om met behulp van kaartjes de ideeën rang te schikken van 'top naar flop'. Met behulp van deze methode werd hun voorkeur direct inzichtelijk voor onszelf maar ook voor de wijkverpleegkundigen onderling. Dit riep vele leuke en waardevolle discussies op, met soms ook grote verschillen tussen collega's onderling.

Wanneer je de waarderingen van de wijkverpleegkundigen van de drie verschillende organisaties tegen elkaar uitzet kom je tot de weergave van de pagina hiernaast. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op wat deze uitslag betekend voor de conceptkeuze.





4.6 Conceptkeuze

Opvallend om te zien is dat het idee 'Uitproberen van interventies' zo hoog scoort ten opzichte van de andere ideeën. Buiten de behoefte aan informatie over een eHealth toepassing wil de wijkverpleegkundige daar ook echt een beeld van hebben, het tastbaar maken van een eHealth toepassing is gewenst. Toch kan zo'n soort dienst niet gerealiseerd worden binnen de looptijd van het project, de sterke voorkeur voor het uitproberen van een product zal overigens wel opgenomen worden in het adviesrapport van het onderzoeksteam.

Op nummer 2 en 3 staan de ideeën die de wijkverpleegkundige voorzien in informatie over eHealth toepassingen. Waarbij de productwaaier voornamelijk bedoeld is op passieve informatieverstrekking, en de keuzewijzer op actieve informatieverstrekking. Waarbij de wijkverpleegkundige aangeeft al enorm geholpen te zijn met

'gewoon de informatie' en dat zij zelf wel kan inschatten welk product geschikter is voor de cliënt. Een dergelijke vragenstructuur zoals de keuzewijzer voor ogen heeft is praktisch maar kan ook onnodig complex worden. De één vindt het prettig dat er 'voor hen gedacht wordt' de ander vindt dit juist een belemmering en een valkuil.

Wanneer we verder kijken naar de andere ideeën die binnen de afstudeeropdracht vallen zie je in één oogopslag dat het postermateriaal erg slecht uit 'de test' komt. Dit is iets wat door de meeste wijkverpleegkundigen zelfs aan de kant geschoven werd. Dit zal niet effectief zijn aangezien het streven is om meer in de wijk te werken, het team is hierdoor ook amper op kantoor.

De eHealth app werd wisselend ontvangen, de wijkverpleegkundige ziet het als een leuk en informatief iets. Maar ze is wel bang dat dit als storend wordt ervaren op den duur

door haar team maar ook door haarzelf.

De wijkverpleegkundige is gebaat bij directe informatie, die zij ten alle tijden kan raadplegen en terugvinden. Ze wil het liefst een 'compleet' overzicht en niet iets wat wekelijks gevuld wordt met vragen en berichten.

De voorkeur van de wijkverpleegkundigen en het team gaat uit naar een digitale variant van de productwaaier waarbij er goed in acht genomen moet worden dat deze niet onnodig complex wordt. En dat dergelijke vraagstructuren vermeden dienen te worden. Dat is immers iets wat al uitgevoerd gaat worden met één van de projectpartners. Dit instrument zou de wijkverpleegkundige op weg moeten helpen in de zoektocht naar eHealth toepassingen.

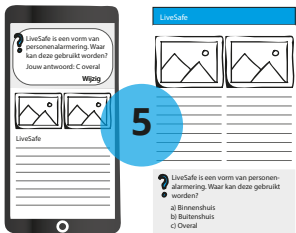
Zie op de pagina hiernaast concrete feedback op de drie ideeën die onder de afstudeeropdracht vallen.

Productwaaier



- Verschillende kleuren en domeinen maakt de waaier makkelijk doorzoekbaar
- Prettig om info op zak te hebben, maar is weer wat extra's dat mee moet
- Lastig up to date te houden, voorkeur voor digitale variant
- Ook goed inzetbaar voor het team
- Prettig dat het erbij te pakken is, net zoals Carpenito

eHealth app met quiz element



- Goed dat het een app is, is namelijk te updaten
- Risico bestaat dat het weggeklikt wordt, is hier wel tijd voor?
- Teamverband is goed, ook goed mee te nemen in een werkoverleg
- Meningen zijn verdeeld over de frequentie, wekelijks/maandelijks/etc.?

Postermateriaal



- Er wordt veel vanuit huis gewerkt de poster wordt hierdoor niet opgemerkt
- Ervaring leert dat er maar 1x naar gekeken wordt
- Roulatiesysteem hierin mogelijk?
- Zul je net zien hangt er een poster die niet aansluit bij de hulpvragen van de cliënten

4.7 Programma van Eisen

In het verslag voor de groenlicht-bespreking stond een lijst met randvoorwaarden. In deze lijst waren 'eisen' opgenomen voor alle verschillende soorten producten die omschreven staan in 4.3.

Nu er definitief gekozen is voor een digitale productwaaier kan er specifiek gekeken worden naar de eisen van dit product.

Algemene eisen:

- De applicatie dient uitvoerbaar te zijn binnen het project.
- De applicatie dient openbaar toegankelijk te zijn.
- De applicatie dient aan te sluiten bij de werkwijze van de wijkverpleegkundige.
- De applicatie dient in informatie te voorzien over eHealthtoepassingen.
- In de communicatie moet duidelijk zijn dat het geen sluitende lijst betreft.

Beheer applicatie:

- De gebruiker moet na einde van het project nog gebruik kunnen maken van de applicatie.
- De applicatie hoeft niet up to date gehouden te worden.

Bij gebruik favorieten-knop

- De gebruiker kan content opslaan in favorieten.
- De gebruiker kan opgeslagen content terugvinden.
- De gebruiker kan in de opgeslagen content zoeken.

Bij gebruik van push-meldingen:

- De gebruiker kan instellen wanneer hij/zij meldingen en updates ontvangt. (welk tijdstip van de dag, welke dagen wel en welke dagen niet)
- De gebruiker kan de frequentie aan meldingen instellen. (hoe vaak per dag/week)
- De push-meldingen zijn inspirerend en informerend van aard.

Bij het kunnen delen van content

- De gebruiker kan de content doorsturen naar een e-mailadres.
- De gebruiker kan de content uitprinten.

Content gerelateerde eisen:

- Toon of voice moet goed doordacht zijn.
- Sluit aan bij de taal van de wijkverpleegkundige.
- Bij middelen die ook bij de cliënt aangeboden (kunnen) worden dient vakjargon vermeden te worden.
- Aansprekend beeldmateriaal.
- Aansprekende teksten.
- De standaardtaal in de applicatie is Nederlands.
- Less is more, er moet geen overdaad aan content in de applicatie opgenomen worden. Het dient behapbaar te zijn en snel leesbaar.
- Mogelijkheid tot extra verdieping met behulp van bijvoorbeeld hyperlinks.

Context gerelateerde eisen:

- De wijkverpleegkundige kan de applicatie inzetten tijdens werkoverleggen en cliëntbesprekingen.
- De wijkverpleegkundige kan de applicatie inzetten tijdens gesprekken bij de cliënt thuis.
- De wijkverpleegkundige kan de applicatie raadplegen tijdens het opstellen van het zorgplan.
- De wijkverpleegkundige kan de applicatie raadplegen tijdens werkzaamheden op kantoor.

Mockup specifieke eisen:

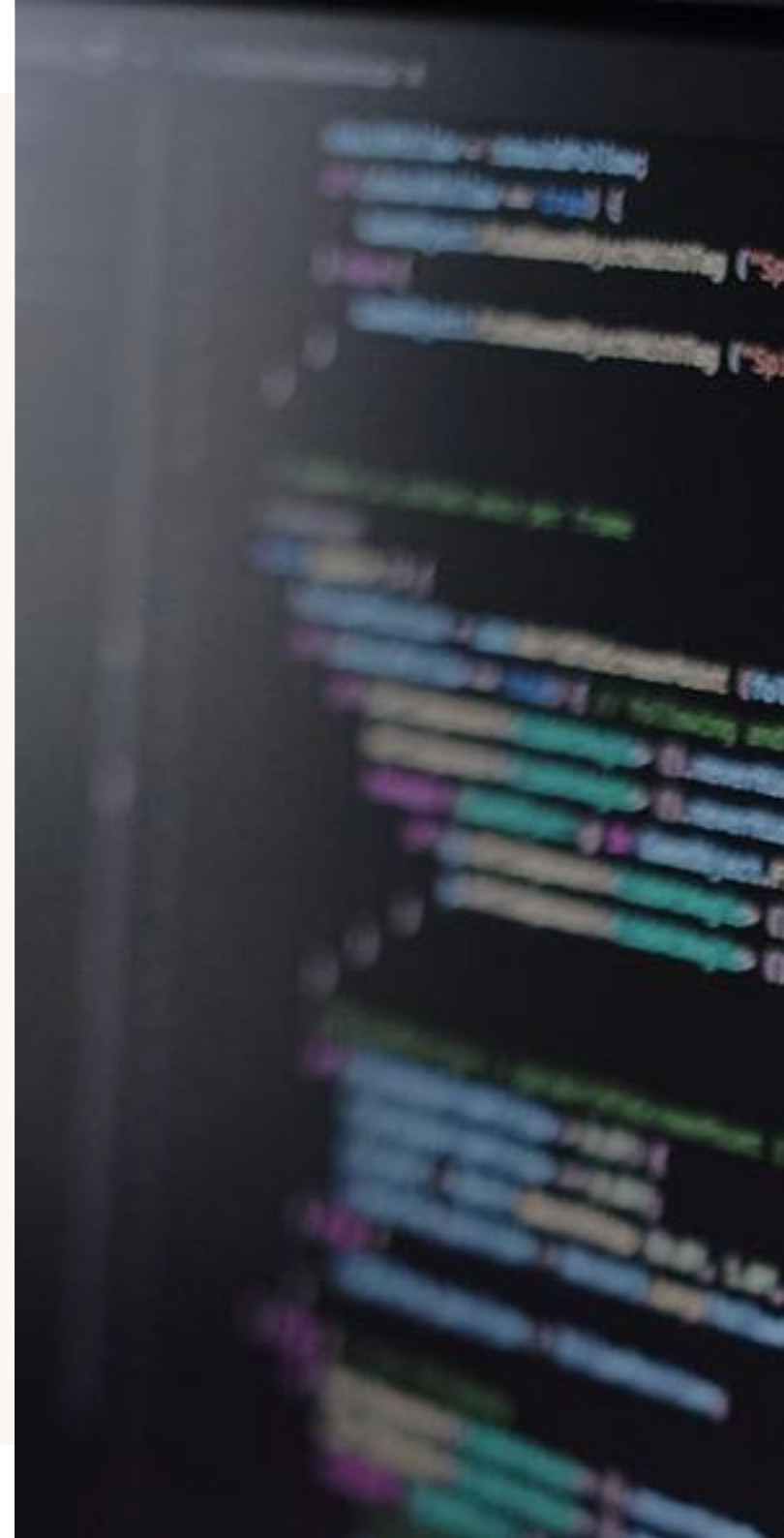
- Tijdens het prototypen wordt het formaat van een iPad mini gehanteerd aangezien deze beschikbaar zijn gesteld door het lectoraat.
- In de ontwikkeling wordt allereerst uitgegaan van de landscape weergave.

Technische eisen:

- De applicatie kan draaien op devices met de volgende besturingssystemen: iOS en Android.
- De inhoud van de applicatie moet zowel offline als online beschikbaar zijn.
- De applicatie is responsive, past zich aan aan het formaat van het device.

UI eisen

- De gebruiker moet ten alle tijden terug kunnen keren naar het vorige scherm.
- Knoppen dienen logisch geplaatst te zijn.
- Overeenkomende knoppen zijn altijd op dezelfde plek geplaatst
- Alle knoppen dienen op dezelfde wijze opgemaakt te worden.
- Rekening houdend met de guidelines van Apple en Android.



5 ONTWERP VISIE

De aanleiding van het project is duidelijk, wijkverpleegkundigen die niet toegerust zijn op de minimumeisen van de zorgverzekeraars en dit wel willen zijn. Doel van de keuzehulp, of hoe de tool ook maar gaat heten straks, ook, namelijk in de informatiebehoefte van de wijkverpleegkundige voorzien. De term keuzehulp is al meermaals binnen het team ter discussie gesteld, zo ook in deze rapportage, maar wat is dan onze visie op de applicatie die straks gaat komen? Wat willen wij bereiken?

“Ontwerpvisie zijn de speerpunten waarvan de opdrachtgever, de ontwerper of het innovatieteam vindt dat ze van belang zijn voor het innovatieproject.” Bron: <https://www.ensie.nl/ontwerpen-van-technische-innovaties/ontwerpvisie>

Of ook wel, wat zijn onze speerpunten?

eHealth zou de toekomst zijn en zoveel mogelijkheden bieden voor zelfregie en zelfredzaamheid van de cliënt. Maar is dit daadwerkelijk wel het geval? Uit de laatste jaarlijkse monitor van Nictiz en Nivel blijkt dat er veel kansen op het gebied van eHealth liggen maar het gebruik achterblijft. Er is onbekendheid en stilstand, deze stilstand is ook te merken in de opschaling van de verschillende toepassingen. Nederland loopt achter op andere Europese landen op het gebied van eHealth, terwijl Nederland op andere vlakken, zoals digitale patiëntendossiers, juist voorloopt op deze landen.

Allerlei politici en professionals zijn met het onderwerp bezig, zo heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport eHealth als één van haar speerpunten bepaald. In 2014 heeft zij een meerjarenagenda opgestart voor eHealth met daarin allerlei ambities geformuleerd die zij willen behalen voor 2019. Maar of dit van de grond komt en behaald gaat

worden? Nee, daar geloof ik niet in. Zelfs niet nu de zorgverzekeraars minimeisen hebben opgesteld, de zorgprofessionals zijn hierop gewoonweg (nog) niet toegerust. Er wordt hoog van de toren geblazen maar echt concrete good and bad practices zijn niet te vinden, waarop moet een zorgprofessional dan vertrouwen? Hoe weet zij zeker dat zij die toepassing kan inzetten bij haar cliënt?

Je hoort de wijkverpleegkundigen spreken over 'Maar er is zoveel' en 'Het gaat allemaal zo snel die ontwikkelingen, ik houd dat niet allemaal bij hoor' maar is dat ook wel daadwerkelijk het geval? Als het onderzoeksteam kritisch kijkt naar het aantal eHealthtoepassingen op basis van de onderstaande criteria:

- Digitale zorgproducten die 'connected' zijn
- Gericht op zorg, niet alleen op welzijn
- Heeft invloed op het werk van de wijkverpleegkundige en/of haar team

Disclaimer: Er zijn veel producten die primair gericht zijn op welzijn maar wel invloed kunnen hebben op het zorgproces.

Ziet zij dat er een lijst van zo'n 13 producttypen overblijft. Buiten de 'oh zo bekende' Medido en Personenalarmeringen is er gewoon niet zo heel veel. Vooral de criteria 'connected' en 'gericht op de zorg' maakt dat deze lijst niet uitgebreid is.

Zoals de disclaimer al beschrijft zijn er ook zorgtechnologieën te vinden die gericht zijn op welzijn maar die wel van invloed kunnen zijn op het wijkverpleegkundige proces danwel tot het aandachtsgebied van de wijkverpleegkundige worden beschouwd door het onderzoeksteam.

Denk bijvoorbeeld aan een cliënt met COPD, die elke keer vermoeid is na het beneden en omhoog doen van het zonnescherf. De wijkverpleegkundige zou haar cliënt dan elektrische of automatische zonwering kunnen adviseren, niet iets wat standaard onder haar taken valt of wat effect heeft op haar werkproces. Maar wel een product die de zelfredzaamheid van de cliënt verhoogd. Het onderzoeksteam wil dan ook de wijkverpleegkundigen inspireren door dit soort welzijnstechnologieën op te nemen in haar tool.

Wanneer je dan ook nog eens kritisch kijkt naar hoe deze eHealth toepassingen zich verhouden tot de aandachtsgebieden van de wijkverpleegkundigen, neem ter illustratie de gezondheidspatronen

van Gordon, zie je dat er geen eens toepassingen te vinden zijn voor elk gebied of patroon. Zo vind je geen toepassingen voor het patroon Seksualiteit en Voortplanting of het patroon Waarden en Overtuigingen. Sommige patronen omvatten slechts enkele producten, je zou dus kunnen stellen dat er helemaal niet zoveel is als dat de wijkverpleegkundige denkt dat er is. Het vage, onbekende begrip eHealth wordt groter gemaakt dan dat deze eigenlijk is. Er is geen overzicht aan toepassingen die de wijkverpleegkundige 'direct' zou kunnen inzetten bij haar cliënten.

Daarentegen zijn er wel verschillende websites, gidsen en inspiratieboxen te vinden met daarin voorbeelden van 'eHealth toepassingen'. De praktijk leert dat

de wijkverpleegkundige niet op de hoogte is van het bestaan hiervan, en zo wel dat deze websites nog steeds geen duidelijk beeld geven van wat de wijkverpleegkundige in kan zetten in de thuiszorg. Deze informatiebronnen zijn veelal ook gevuld met technologieën die nog niet (op grootschaal) ingezet worden, of in een andere context toegepast worden zoals bijvoorbeeld in een verzorgingstehuis. Bij sommige informatiebronnen zijn zelfs ook de 'standaard en analoge' hulpmiddelen opgenomen waardoor het onderscheid nog minder duidelijk wordt.

De wijkverpleegkundige tast in het duister, het onderzoeksteam wil haar een stap in de goede richting helpen door te sturen op:



Bewustwording van de eHealthtoepassingen onder de wijkverpleegkundigen. Door een afgebakend overzicht aan te bieden in een applicatie, waarbij in een later stadium deze applicatie zou stimuleren op interactie met behulp van pushmeldingen zoals 'Heb je al eens nagedacht over de inzet van geheugenklokken bij patiënten met dementie?'



Intelligentie bij de wijkverpleegkundige laten, een complexe tool zoals het onderzoeksteam allereerst voor ogen had met de ontwikkeling van een keuzehulp sluit niet aan bij het klinisch redeneren van de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige stelt de cliënt en diens situatie centraal, een vragenlijstje aflopen sluit niet aan bij deze denkwijze. Op basis van productinformatie kan de wijkverpleegkundige voldoende inschatten of het geschikt is voor haar cliënt. De valkuil van een vragenstructuur is dat hiermee ook producten uitgesloten worden die wellicht ook van toepassing zouden zijn op de hulpvraag van de cliënt.



Informeren en inspireren van de wijkverpleegkundigen over niet alleen eHealthtoepassingen maar ook andere zorgtechnologieën die van meerwaarde kunnen zijn voor haar werkproces en/of de cliënten uit haar cliëntenbestand. Door een goed beeld te hebben van de dagelijkse werkpraktijk van de wijkverpleegkundige en de problematiek die zij veelal tegenkomt.

6 ONTWIKKELING 1E MOCKUP

De visie is helder, wijkverpleegkundigen informeren en inspireren over eHealthtoepassingen en relevante zorgtechnologieën met behulp van een informatieve applicatie waarbij zijzelf de regie heeft en een advies kan uitbrengen.

Het was tijd voor de eerste ronde aan mockups, met een mockup wordt een klikbaar prototype bedoeld die weergeeft hoe de applicatie eruit zou kunnen zien of in dit geval welke functionaliteiten de applicatie zou omvatten. Met het voorleggen van de eerste mockups wordt voornamelijk gekeken naar functionaliteit, gebruiksvriendelijkheid en navigatie. De vormgeving is iets voor latere zorg.

De productwaaier had het doel om de wijkverpleegkundigen productinformatie te geven van eHealthtoepassingen die zij in zou kunnen zetten bij de cliënt thuis. De digitale productwaaier zou hetzelfde doel nastreven, de wijkverpleegkundige informeren en inspireren.

De context waarin de applicatie gebruikt dient te kunnen worden is erg breed en allesomvattend van het werk van de wijkverpleegkundige. Zo zou de applicatie ingezet kunnen worden tijdens cliënt overleggen en besprekingen met haar team en collega wijkverpleegkundigen. Tevens zou zij de applicatie kunnen gebruiken als naslagwerk op kantoor tijdens het opstellen van het zorgplan of ter oriëntatie bij een nieuw binnengekomen hulpvraag. En tot slot, wellicht wel de meest belangrijke voor de wijkverpleegkundige, thuis bij de cliënt. Waarbij zij samen met de cliënt gaat kijken naar de meest geschikte toepassing.

Doordat de keuze is gemaakt om van een papieren waaier af te wijken en hiervan een digitale versie te maken in een applicatie vorm kwam direct het gevaar op de loer dat de waaier te complex zou worden. Dit doordat digitalisering meer opties mogelijk maakt zoals het aanbrengen van verschillende lagen en indelingen. Door twee verschillende versies voor te leggen, elk met daarin dezelfde content en producten opgenomen, kon bepaald worden tot op welke hoogte de wijkverpleegkundige 'ondersteuning' wenst in de applicatie. Denk bij ondersteuning aan filters en indelingen voor de producten.

Beide versies zijn voorgelegd aan de wijkverpleegkundigen aan de hand van een casus met daarin een zorgprobleem, met aan hen de vraag om een passende toepassing te vinden voor de cliënt. Ook bij deze ronde zijn we langsgegaan bij de drie zorgorganisaties die zich hebben aangesloten bij het project. Ditmaal hebben wij 9 wijkverpleegkundigen mogen spreken en 2 beleidsmanagers.

Voor de ontwikkeling van de eerste mockups ben ik uitgegaan van een indeling op basis van de gezondheidspatronen van Gordon. Dit om mijzelf houvast te bieden maar ook om over in gesprek te kunnen gaan met de wijkverpleegkundigen. Aangezien het nog maar de vraag is of de wijkverpleegkundigen deze indeling zelf ook hadden uitgekozen zijn we de sessies gestart met een cardsorting opdracht. Waarbij we de wijkverpleegkundigen hebben gevraagd om zo'n 50 producten te clusteren. Met als doel een beter inzicht te krijgen in hoe zij deze producten zouden indelen zodat hier rekening mee gehouden kan worden in de navigatie en indelingen van de volgende mockup.

Dit hoofdstuk beschrijft allereerst de twee versies van de mockup, gevolgd met de uitkomsten van de cardsorting opdracht en tot slot de resultaten van het voorleggen van de mockups.

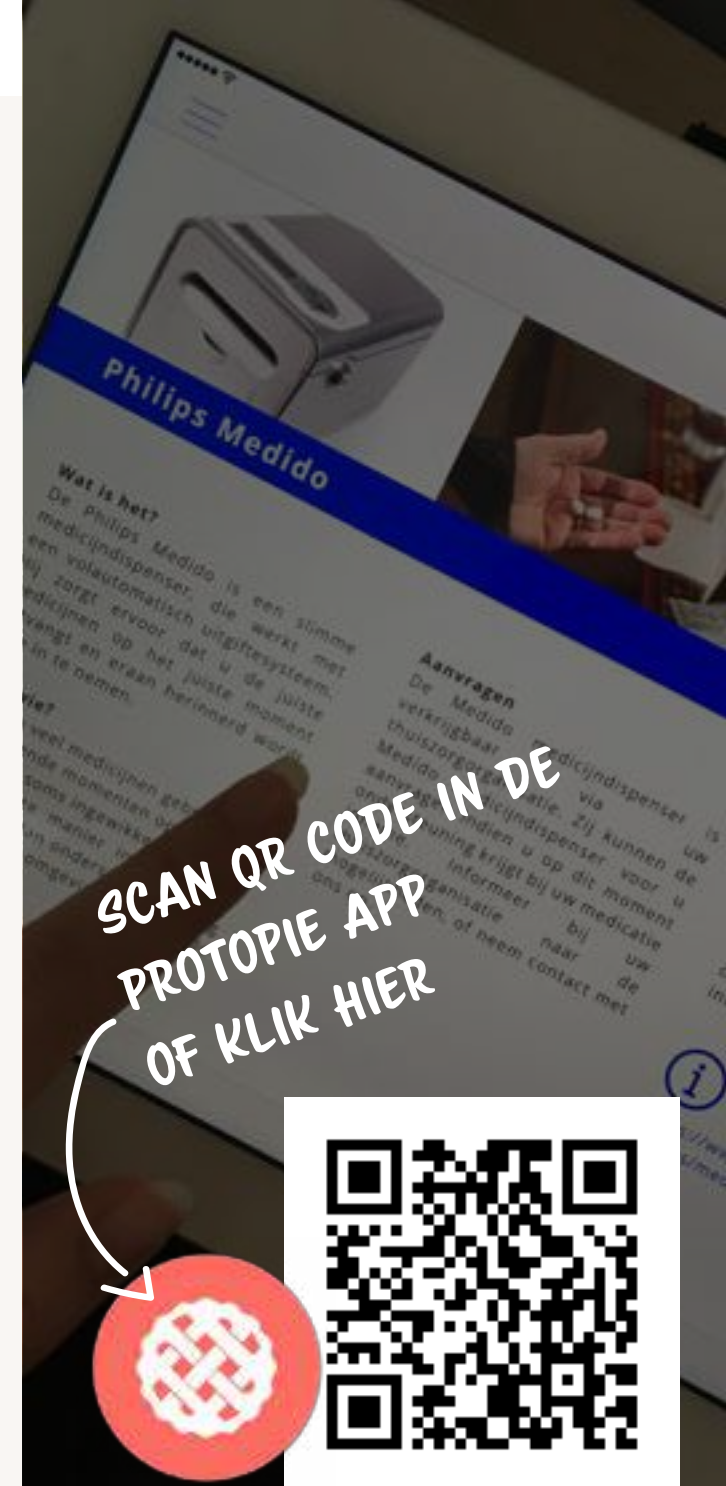
6.1.1 Mockup 1 versie 1

Versie 1 is de meest eenvoudige van de twee mockups. Deze versie is ontstaan vanuit het idee dat het een 'platte' waaier moet zijn net zoals een papieren waaier dat zou zijn. Kortom zonder toeters en bellen, verschillende lagen of categorieën.

'Kaarten' met daarop productinformatie die op één manier zijn ingedeeld namelijk de gezondheidspatronen van Gordon. Deze gezondheidspatronen zijn te openen via het hamburgermenu links bovenin. Bij het selecteren van één van de patronen spring je automatisch naar het eerste product binnen dit patroon.

Net zoals je door een waaier heen kan bladeren kan dat bij deze applicatie ook door de kaarten naar links of rechts te swipen.

In de mockup zijn alleen producten opgenomen onder het gezondheidspatroon Gezondheidsbeleving en -instandhouding en het patroon Activiteiten.



"Productkaart" Activ 8



Activ 8

Waarom gebruikt u dit product?
Indien u zelf dagelijks bij wil houden hoeveel u beweegt en hoeveel energie u verbruikt zodat u dit zelf kan verbeteren.

Omschrijving product
De Activ8 sensor meet de hoeveelheid activiteit en herkent bewegingspatronen (liggen, zitten, staan, wandelen, lopen en fietsen). Tevens kan de sensor een nauwkeurige vertaling maken van het dagelijkse energieverbruik.

Een webomgeving maakt het mogelijk naar wens coaching op afstand in te stellen via het internet of self-coaching te activeren door het stellen van korte en lange termijn doelen. Bewegecoaches kunnen via de webomgeving op maat advies geven en bestrijden op deze manier inactiviteit.

Unieke eigenschappen

Activ8 is medisch gevalideerd wat betreft het herkennen van de bewegingspatronen en ook het dagelijkse energieverbruik.



€99,-
Wordt momenteel nog niet vergoed door de zorgverzekeraar.



<https://thuisleefgids.nl/product/en/details/activiteitenmeter-acti-v8/pid=198/>

"Productkaart" Fitbit Flex



Fitbit Flex

Waarom gebruikt u dit product?
Om uw dagelijkse activiteiten bij te houden zodat u fit kunt blijven.

Omschrijving product

Overdag meet hij uw stappen, gelopen afstand en de daarbij verbrande calorieën. 's Nachts meet deze uw slaapkwaliteit en maakt u 's morgens ook weer wakker met een subtiel tril alarm. Houd al uw activiteit bij op de speciale app en laat u motiveren om meer actief te zijn.

Unieke eigenschappen

Deze activiteitenmeter is speciaal ontworpen zodat u deze comfortabel dag en nacht kan dragen. De Fitbit synchroniseert automatisch al uw data van uw prestaties naar uw computer, Mac en bijna alle iOS, Android en Windows Phone 8.1 apparaten. Dit geeft u real-time informatie over al uw data en statistieken de hele dag door.



€79,-
Wordt momenteel nog niet vergoed door de zorgverzekeraar.



<https://thuisleefgids.nl/product/en/details/activiteitenmeter-fitbit-flex/pid=177/>

"Productkaart" LiveSafe



LiveSafe

Als gebruiker van de LiveSafe persoonlijke alarmdienst kunt u via een speciaal mobiel alarmapparaat overal ter wereld met één druk op de knop hulp inschakelen. Handig voor als u alleen woont, gaat wandelen in het bos, of schelpen zoeken op het strand in Spanje.

Hoe het werkt?

De LiveSafe dienst staat altijd in verbinding met een professionele alarmcentrale, met centralisten die uw taal spreken en via GPS bij een hulpoproep precies zien waar u zich bevindt.

<https://thuisleefgids.nl/product/en/details/personalarmering-van-livesafe-24-7/pid=29/>

In combinatie met het online persoonlijk (medisch) dossier (MijnLiveSafe) dat u zelf invult en bijhoudt, kan zo heel snel de meest passende hulp worden geboden. Van uw eigen contactpersonen, of van professionele hulpdiensten.

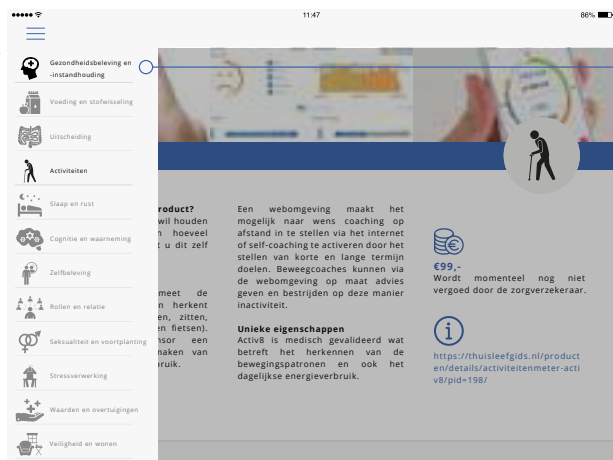
Alarmapparaat in combinatie met een maandabonnement.

LiveSafe's personenalarmering bestaat uit 2 componenten: het alarmapparaat en een maandabonnement. Het alarmapparaat schaft u eenmalig aan en het abonnement kan voor 1 of 2 jaar worden afgesloten. Het abonnement kost 24,95 euro per maand.

Dat is een all-in-tarief, inclusief alarmoproepen, alarmcentrale en internationale dekking. Dus geen verrassingen achteraf. U krijgt bij een 2-jarig abonnement het alarmapparaat gratis, bij een 1-jarig abonnement betaalt u voor het apparaat 69,95 euro. Nieuwe gebruikers betalen eenmalig 19,95 euro aansluitkosten.

Voordelen van LiveSafe.
Het belangrijkste voordeel van LiveSafe ten opzichte van andere vormen van personenalarmering is het feit dat het draagbaar is en daarmee zowel binnen als buiten te gebruiken.

Gezondheidspatronen filters



product?

Indien u zelf dagelijks bij wil houden hoeveel u beweegt en hoeveel energie u verbruikt zodat u dit zelf kan verbeteren.

De Activ8 sensor meet de hoeveelheid activiteit en herkent bewegingspatronen (liggen, zitten, staan, wandelen, lopen en fietsen). Tevens kan de sensor een nauwkeurige vertaling maken van het dagelijkse energieverbruik.

Een webomgeving maakt het mogelijk naar wens coaching op afstand in te stellen via het internet of self-coaching te activeren door het stellen van korte en lange termijn doelen. Bewegecoaches kunnen via de webomgeving op maat advies geven en bestrijden op deze manier inactiviteit.

Unieke eigenschappen

Activ8 is medisch gevalideerd wat betreft het herkennen van de bewegingspatronen en ook het dagelijkse energieverbruik.



€99,-
Wordt momenteel nog niet vergoed door de zorgverzekeraar.



<https://thuisleefgids.nl/product/en/details/activiteitenmeter-acti-v8/pid=198/>

Eerste "Productkaart" Medido



Philips Medido

Wat is het?

De Philips Medido is een slimme medicijndispenser, die werkt met een volautomatisch uitgiftesysteem. Hij zorgt ervoor dat u de juiste medicijnen op het juiste moment ontvangt en eraan herinnerd wordt deze in te nemen.

Voor wie?

Indien u veel medicijnen gebruikt, op verschillende momenten op een dag, dan is het soms ingewikkeld om deze op de juiste manier in te nemen. Vaak zal er dan ondersteuning nodig zijn uit uw omgeving of van de thuiszorg.

Aanvragen

De Medido medicijndispenser is verkrijgbaar via uw thuiszorgorganisatie. Zij kunnen de Medido medicijndispenser voor u aanvragen indien u op dit moment ondersteuning krijgt bij uw medicatie inname. Informeer bij uw thuiszorgorganisatie naar de mogelijkheden, of neem contact met ons op.



Kostenloos bij indicatie voor ondersteuning van medicatie inname.



<https://www.philips.nl/healthcare/sites/medido/homepage>

6.1.2 Mockup 1 versie 2

Versie 2, de iets uitgebreidere variant. Waarbij bij versie 1 direct productinformatie te zien was heeft deze versie een homescreen met daarop knoppen die verwijzen naar de gezondheidspatronen van Gordon.

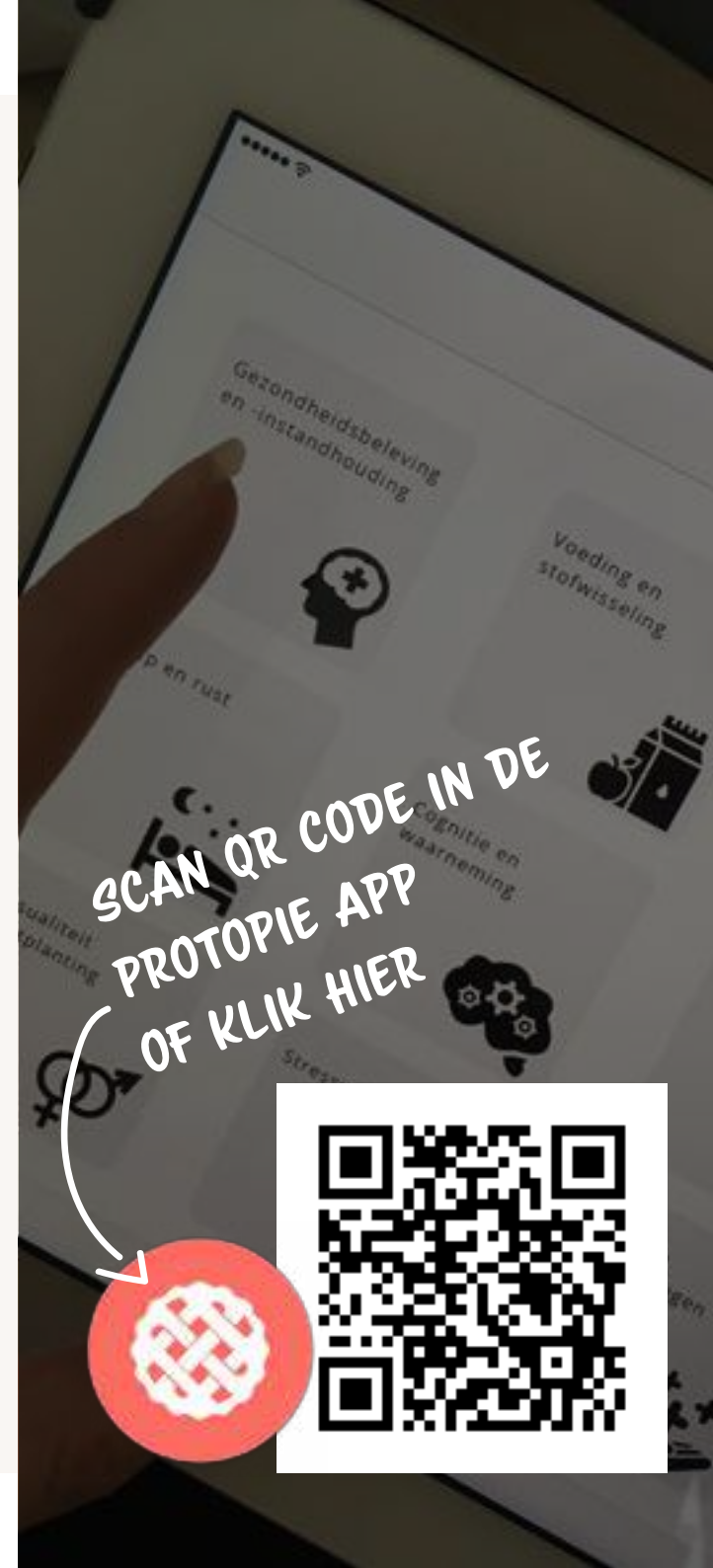
Bij deze versie staan de producten verder afgebakend dan bij versie 1. Zo kun je bij versie 1 eigenlijk heel gemakkelijk van het ene patroon naar het andere patroon doorswipen, in versie 1 is verder namelijk geen afbakening doorgevoerd. Dit is wel anders bij versie 2, hier zijn meer vertakkingen in onder gebracht met als doel een overzichtelijker geheel te krijgen.

Ook in deze versie is een hamburgermenu te vinden maar ditmaal om het gebruik van filters te testen. Voor het testen van filtermogelijkheden is gebruik gemaakt van veelvoorkomende verpleegkundige diagnoses.

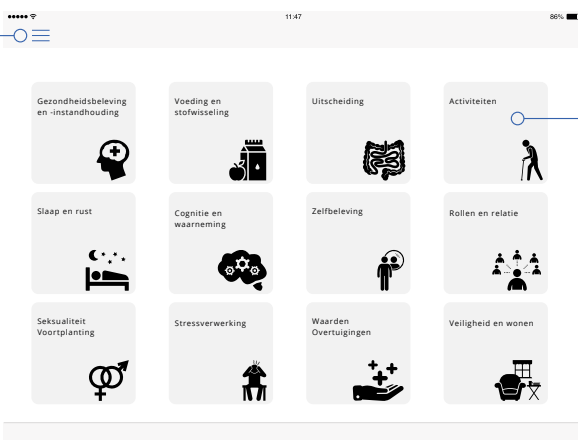
Hier is voor gekozen aangezien ook op basis hiervan de Keuzewijzer, product samen met 1 van de stakeholders, ingedeeld gaat worden. Hiermee konden wij direct peilen wat de wijkverpleegkundige vindt van zoeken op basis van verpleegkundige diagnoses.

Waar bij versie 1 direct alle productinformatie inzichtelijk was heeft versie 2 eerst een globaal overzicht waarna je na selecteren van het product de 'productkaart' opent.

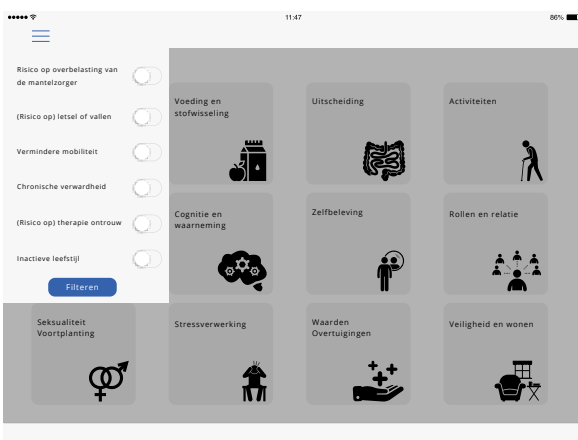
In de mockup zijn alleen producten opgenomen onder het gezondheidspatroon Gezondheidsbeleving en -instandhouding en het patroon Activiteiten.



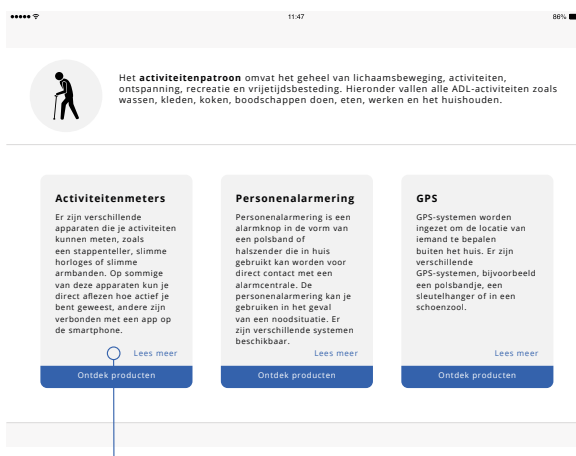
Homescreen op basis van de gezondheidspatronen van Gordon



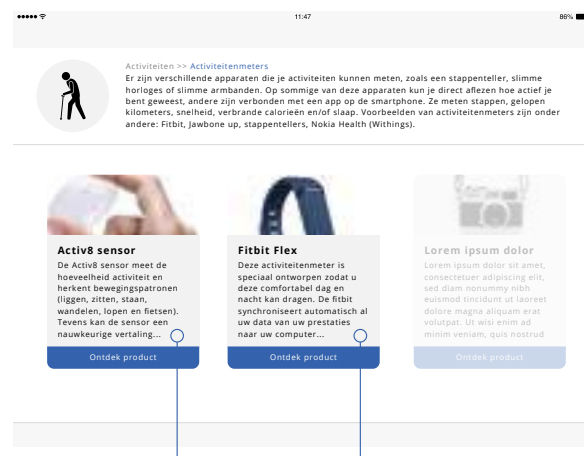
Homescreen op basis van de gezondheidspatronen van Gordon



Tussenscherm activiteitenpatroon



Tussenscherm activiteitenmeters



'Productkaart' Activ 8



'Productkaart' Fitbit Flex

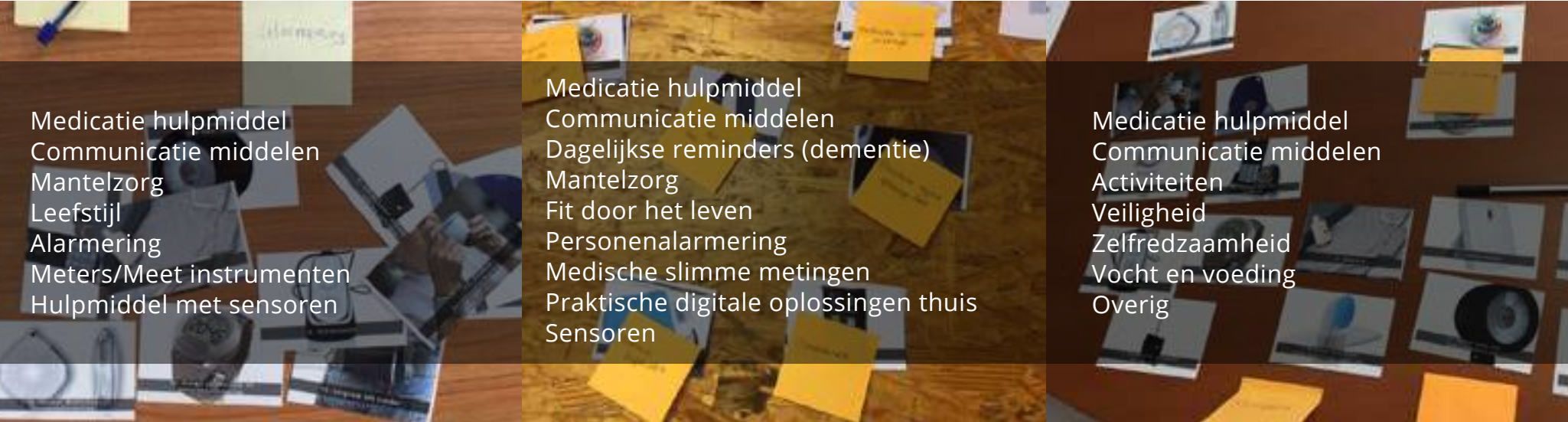


6.2 Cardsorting opdracht

Een selectie aan 50 producten is voorgelegd aan de wijkverpleegkundigen met de vraag of zij dezen wilden groeperen in de voor hen bekende thema's/clusters. We hebben hen niet gevraagd te clusteren op aandoening, risico of welk ander ordeningsprincipe dan ook. We hebben hen juist met weinig informatie de clustering laten doen om zelf te observeren en het gesprek aan te horen die er onderling gevoerd werd.

Om te voorkomen dat ze een product moesten clusteren waarvan zij de werking niet kenden hadden we ook een productnamenlijst voorbereid met daarin een korte omschrijving van elk product. Zodat de wijkverpleegkundige desgewenst hierin het product zou kunnen opzoeken.

Onderstaand de thema's die bepaald zijn door de wijkverpleegkundigen opgesplitst per zorgorganisatie.



Medicatie hulpmiddel
Communicatie middelen
Mantelzorg
Leefstijl
Alarmering
Meters/Meet instrumenten
Hulpmiddel met sensoren

Medicatie hulpmiddel
Communicatie middelen
Dagelijkse reminders (dementie)
Mantelzorg
Fit door het leven
Personenalarmering
Medische slimme metingen
Praktische digitale oplossingen thuis
Sensoren

Medicatie hulpmiddel
Communicatie middelen
Activiteiten
Veiligheid
Zelfredzaamheid
Vocht en voeding
Overig

Tijdens het observeren en vragen stellen zijn mij enkele punten erg bijgebleven. Waaronder:

Overeenkomende clusters:

Opvallend om te zien is dat er binnen de organisaties nog best wat overeenkomende clusters te herkennen zijn. Het cluster medicatie was bijvoorbeeld bij alle organisaties snel gevormd en omvat bij de drie organisaties precies dezelfde producten.

Ook alle personenalarmeringen werden gemakkelijk bij elkaar gelegd. Eén van de organisaties heeft uiteindelijk de personenalarmeringen samengevoegd met andere sensoren onder het kopje 'veiligheid', de andere twee organisaties hebben 'personenalarmering' als losstaand cluster gelaten.

Verder legden de organisaties ook veel dezelfde producten bij elkaar, denk aan de activiteitenmeters, huisautomatisering en alle communicatiemiddelen.

De overeenkomende clusters zijn

- Medicatie
- Communicatie
- (Personen) Alarmering
- Leefstijl / Activiteiten
- Medische (thuis) metingen
- Sensoren / Huisautomatisering

Groeperen op basis van functionaliteit:

Wat ook opvallend was om te zien is dat er direct vanuit de functie van het product wordt gekeken, waar zet ik dit voor in? Medicatie, oké cluster medicatie. Er wordt in eerste instantie niet gekeken vanuit ziektebeelden/verpleegkundige diagnoses of risicogebieden. Hier ontstaan halverwege de clustering wel twijfels over 'willen ze niet dat we het indelen op basis van ziektebeelden?'.

Bekendheid producten is klein:

Tijdens het doorvragen komt naar voren dat een groot deel van de producten nog niet bekend waren bij de wijkverpleegkundigen.

Ze kennen vaak wel 1 variant, maar de alternatieven (denk bijvoorbeeld aan de personenalarmeringen) zijn bij hen niet bekend. Eén van de organisaties vroeg zelfs of ze onze lijst met productnamen met korte omschrijving mochten houden. Het triggert hen, er is veel onbekendheid.

Wanneer het hen dan aangedragen wordt, eigenlijk op een presenteerblaadje, in dit geval een lijst met productnamen en een korte omschrijving, dan willen ze zich hier wel graag in verdiepen.

Aanpak verschillend per organisatie:

Alle drie de organisaties hadden een andere aanpak voor de clustering. Organisatie 1, ging direct aan de slag en heeft niet omgekeken naar de productnamenlijst. Organisatie 2, ging aan de slag en pakte de lijst erbij bij de voor hen onbekende producten. Organisatie 3, startte met het kijken naar de lijst en ging vervolgens starten met de clustering en pakte tussentijds de lijst er ook nog eens bij.



6.3 Voorleggen mockup

Na de cardsorting opdracht werden de wijkverpleegkundigen aan het werk gezet met de mockups aan de hand twee verschillende casussen. Versie 1 werd getest aan de hand van een casus over dwaalgedrag en valgevaar en versie 2 werd getest met een casus over de behoefte tot meer zelfregie van de medicatie inname.

We hadden het voorleggen opgedeeld in drie delen. Waarbij we allereerst versie 1 gingen testen aan de hand van casus 1. We deelden de casus en de tablets uit. Tijdens dat zij bezig waren konden wij observeren, daarna was er ruimte om in groepjes het een en ander te bespreken. Om hen vervolgens een vragenlijst in te laten vullen met vragen over de gebruiksvriendelijkheid, navigatie en algemene indruk. Daarna werd dit hele proces herhaald voor versie 2 van de mockup. Om tot slot een plenaire nabespreking te houden waarin de mockups naast elkaar werden gelegd.

Opvallend om te zien was dat de wijkverpleegkundigen direct de applicatie indoken en het hen amper tijd kostte om hieraan te wennen. Al gauw werd de productinformatie gelezen en gediscussieerd over welk product het beste zou zijn voor de cliënt. Persoonlijk had ik verwacht dat ze zouden reageren op de applicatie, hoe deze eruit zag, de functionaliteiten of het navigeren.

Het was tof om te zien dat ze met de mockups uit de voeten konden en het ook direct 'echt' gebruikten. De reacties waren dan ook erg positief en enthousiast. "Ja hier kunnen wij wel wat mee!"

Ze vonden beiden versies overzichtelijk en de indeling op basis van de gezondheidspatronen van Gordon was voor veel van de wijkverpleegkundigen prettig omdat deze goed aansluit bij hun werkwijze.

Hierbij dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat de OMAHA (classificatiesysteem) gebruikers toch even goed na moesten denken over onder welk patroon therapietrouw (medicatie inname) behoort. Ze waren bang dat bij andere casuïstiek, die niet voor de hand liggend is, het ook een zoektocht gaat zijn binnen Gordon. Zij zagen dan ook het liefst dat er tussen verschillende indelingen gekozen kan worden bijvoorbeeld de ene keer via Gordon en de andere keer op basis van veelvoorkomende aandoeningen of risico's.

Daarentegen waren de meningen over de filters op basis van de verpleegkundige diagnoses uiteenlopend. De één zag dit als prettig 'hoef ik zelf niet zoveel na te denken' de ander zag dit juist als een gevaar, je zou hiermee geschiktere toepassingen uit kunnen sluiten.

Tevens heeft de wijkverpleegkundige regelmatig te maken met

meervoudige problematiek. Hoe ga je dat dan filteren? Ze maken dan liever zelf de overweging.

Versie 1:

- Overzichtelijk en gemakkelijk in gebruik
- Risico bestaat dat deze overzichtelijkheid kwijtraakt op het moment dat er meer dan 7 producten opgenomen worden in de applicatie
- Kaderen per patroon zou overzichtelijker zijn. Kortom niet meer de mogelijkheid om door te swipen naar de andere patronen

Versie 2:

- Handig beginscherm
- Direct een duidelijk overzicht en dat is fijn
- Nadeel is dat je veel meer moet klikken bij deze versie ten opzichte van versie 1

Op de volgende pagina staat een samenvatting van de inzichten uit de interviews.





Verschillende zoekmogelijkheden en indelingen. Denk aan vrij zoeken maar ook filteren. Denk bij indelingen aan de gezondheidspatronen van Gordon, risico's, aandoeningen, ziektebeelden en verpleegkundige diagnoses.



Met behulp van 'trial and error' achterhaald de wijkverpleegkundige wel dat er geswipet kan worden tussen de 'kaarten', toch zouden 'navigatie-bolletjes' helpend zijn om deze interactie sneller te achterhalen.



Versie 1 wordt als prettig ervaren doordat het simplistischer is. Toch is het ietwat beperkend in de zoekmogelijkheden, subcategorieën onder de gezondheidspatronen van Gordon zouden hiervoor een oplossing kunnen zijn.



Versie 2 vergt meer klikwerk wat negatief werkt op de gebruiksvriendelijkheid. Toch is dit wel een overzichtelijkere weergave bij een groter aanbod aan producten/content. De 'slideshow' van versie 1 intergreren wordt als mogelijkheid aangedragen om minder te hoeven klikken.



Het zou prettig zijn als er een bepaalde indicatie is van hoeveel producten zich binnen de categorie bevinden. Het is fijn wanneer de producten eerst klein weergegeven worden en vergroot kunnen worden, eventueel in een slideshow. De categorieën moeten tevens goed afgekaderd zijn, niet dat je door kunt swipen naar een nieuwe categorie.



De content die momenteel gegeven wordt bij de producten is prima, moet ook niet meer zijn. Dit mag beknopt zijn, desgewenst wil ze doorklikken naar de website van de leverancier en/of naar een youtube filmpje.



Het is fijn om producten gemakkelijk terug te vinden wanneer je een product nogmaals wilt adviseren aan een andere cliënt. Dit zou kunnen met behulp van vrije zoekruimte of een favorieten-knop. Het is tevens prettig wanneer de informatie over het product gedeeld kan worden met de cliënt en diens naasten.



De huidige indeling van Gordon zorgt voor kritiek bij de OMAHA gebruikers maar wordt daarentegen positief ontvangen door de NANDA gebruikers.

Voor de ontwikkeling van de volgende mockup dient nog eens kritisch gekeken te worden naar de indeling(en) die we willen hanteren. Gordon is een prettige indeling maar niet voor alle wijkverpleegkundigen. Er zal gekeken moeten worden naar een extra indeling die opgenomen kan worden in de applicatie.

Ook zou er een goede balans moeten ontstaan tussen de weergave van versie 1 en versie 2. Waarbij goed in acht genomen wordt dat de wijkverpleegkundige niet te veel hoeft te klikken.

Ook is er behoefte aan inzichtelijkheid waar in de applicatie je je bevindt. Denk aan een kruimelpad net zoals Bol.com dat heeft op haar website. Ook wil de wijkverpleegkundige gemakkelijk kunnen terugkeren naar het home-screen indien gewenst.

In bijlage D staan de uitkomsten van de vragenlijsten gevisualiseerd in staafdiagrammen met bijbehorende feedback.

6.4 Reflectie

Zoals ik al eerder omschreef lag het gevaar op de loer dat de applicatie onnodig complex en uitgebreid kon worden doordat er digitaal meer mogelijk is dan op papier.

Ongemerkt ga je er steeds meer slimmigheden in bouwen. Denk bijvoorbeeld aan de verpleegkundige diagnose filters van mockup versie 2. Een vraag die ik mijzelf dan ook zou moeten stellen is: 'Blijf ik daarmee wel bij de ontwerpvisie?' eerlijk gezegd niet, de intelligentie zou bij de wijkverpleegkundige gelaten worden. Deze zou niet in de tool verwerkt worden. Met dit soort filters leg ik de intelligentie ongemerkt in de tool in plaats van bij de wijkverpleegkundige. In de volgende mockup zullen deze slimmigheden dan ook vermeden dienen te worden.

Eén van de eisen uit het programma van eisen is dat er geen onderhoud vereist is en dat de applicatie niet geüpdatet hoeft te worden.

Doordat ik in de huidige mockup losstaande producten heb opgenomen creëer ik het beeld dat dit overzicht geüpdatet blijft worden. Iets wat wij als onderzoeksteam niet kunnen garanderen en wat wij dan ook willen vermijden.

Buiten dat is het streven om bewustwording te creëren en de wijkverpleegkundige te inspireren en aan te zetten tot verder onderzoek. Daarom wil het onderzoeksteam sturen op een hoger abstractie niveau in de applicatie. In plaats van alle verschillende personenalarmeringen op te nemen als losstaande producten zal het producttype 'Personenalarmering' opgenomen worden. Hierdoor vereist de applicatie minder inhoud of updates. En zal de applicatie bedoeld zijn op stimulering van verder onderzoek door de wijkverpleegkundige, in plaats van een compleet overzicht aan producten aan te bieden.

7 ONTWIKKELINGS PROCES

Het testen van de mockup gaf het onderzoeksteam veel input voor de vernieuwde versie. Ook het laatste werkoverleg was erg verhelderend. Op basis van het vijf lagen model van Garrett zal ik de applicatie steeds verder concretiseren en toelichten zodat ik in hoofdstuk 8 het uiteindelijke resultaat kan presenteren.

7.1 Strategy

Zoals in hoofdstuk 2.7 staat beschreven is de 'Strategy' datgene wat het onderzoeksteam wil bereiken met het ontwikkelen van de applicatie maar ook hetgeen wat de applicatie moet doen voor de gebruikers, in ons geval de wijkverpleegkundigen. De 'Strategy' van het onderzoeksteam heeft een sterke link met de ontwerpvisie, omschreven in hoofdstuk 5. Deze paragraaf gaat verder in op het doel van de applicatie.

7.1.1 Onderzoeksteam

Het onderzoeksteam wil de wijkverpleegkundigen informeren en inspireren over eHealthtoepassingen en relevante zorgtechnologieën met behulp van een informatieve applicatie waarbij de wijkverpleegkundige zelf de regie heeft en een advies kan uitbrengen aan haar cliënt. Concreet betekent dit voor de applicatie dat:

- Informatie over typen eHealthtoepassingen en relevante zorgtechnologieën opgenomen worden.
- De informatie beknopt en prikkelend dient te zijn. Het doel is immers om de wijkverpleegkundige te stimuleren om op verder onderzoek uit te gaan.
- Slimmigheden in de applicatie worden vermeden, de intelligentie wordt bij de wijkverpleegkundige gelaten.
- Er in een later stadium pushnotificaties opgenomen kunnen worden om interactie met de app te stimuleren.

7.1.2 Wijkverpleegkundige

Uit het onderzoek naar de werkwijze van de wijkverpleegkundige blijkt dat zij een divers beroep heeft wat ook zo zijn effecten heeft op de context waarin de applicatie gebruikt gaat worden.

Denk hierbij aan; op kantoor, tijdens werkoverleggen en bij de cliënt thuis. De applicatie dient dan ook in alle situaties gebruikt te kunnen worden, dit door beknopte informatie aan te bieden, eventueel met handvatten en links naar uitgebreidere info. Hierdoor kost het niet veel tijd om een beeld te hebben van een producttype zodat deze gemakkelijk besproken kan worden met de cliënt of binnen het team.

Wanneer er gekeken wordt naar wat de reden is waarom de inzet van eHealth achterblijft zie je dat dat komt door een groot kennistekort en tijdgebrek om zelf de eerste stap te zetten in deze 'zoektocht'.

De applicatie zou de wijkverpleegkundige hierbij ondersteunen door (voor een deel) in deze informatiebehoefte te voorzien. Doordat de informatie gebundeld is op één plek, namelijk binnenin de applicatie, is de wijkverpleegkundige eerder geneigd zichzelf te verdiepen. Ze hoeft niet meer zelf op zoek te gaan naar de juiste bronnen of gidsen, de eerste stap wordt gezet door de applicatie. Is de wijkverpleegkundige vervolgens geïnspireerd, dan weet ze op wat voor soort producten ze kan gaan zoeken.

De pushnotificaties die in 7.1.1 ook omschreven staan zullen de wijkverpleegkundige stimuleren om zichzelf te verdiepen in een type product, de praktijk leert namelijk dat voor de verdieping in eHealth niet echt tijd wordt ingepland en dat het hierdoor gemakkelijk wordt vergeten. De app zou met pushnotificaties de wijkverpleegkundige hieraan helpen herinneren.

7.2 Scope

Het doel van de applicatie voor het onderzoeksteam en de wijkverpleegkundigen is inzichtelijk. De volgende stap is om deze doelen te vertalen naar concrete functies, functionaliteiten, en de soort content die nog wel/niet aangeboden wordt. De 'Scope' richt zich op de afbakening van de functionaliteiten binnen de applicatie.

Eén van de allerbelangrijkste afbakeningen is voortgekomen uit de plenaire bespreking binnen het team na het presenteren van de resultaten van het voorleggen van mockup 1. Besloten is dat er gestuurd gaat worden op een hoger abstractieniveau. Dit heeft veel effect op het soort content wat geboden gaat worden binnen de applicatie. Zo zouden er geen losstaande producten opgenomen worden, er zal gesproken worden over producttypen. Denk hierbij aan 'Personenalarmering' of 'Elektronisch Medicijn dispenser' in plaats van de Zembro en de Medido.

Qua content betekend dit dat er een algemene tekst zou komen over wat een personenalarmering kan betekenen voor een cliënt en in welke situaties deze in te zetten is. Het is dan aan de wijkverpleegkundige om samen met de cliënt de meest passende personenalarmering te vinden.

Het is overigens wel denkbaar dat in de content over deze producttypes nog wel hyperlinks naar websites opgenomen gaan worden van bijvoorbeeld leveranciers en/of aanbieders. Het lastige hieraan is wel dat het lectoraat geen onderhoud kan bieden en het doel geen commerciële tool is, kun je dan wel leveranciers opnemen? En zo ja, welke leverancier neem je dan op en welke niet? In de ontwikkeling van de volgende versie van de mockup worden deze hyperlinks naar leveranciers nog niet opgenomen. Maar dit zou wel uitgevraagd worden bij de wijkverpleegkundigen of zij dit als noodzakelijk beschouwen of dat zij met de versie zonder ook uit de voeten kunnen.



Qua functionaliteiten bestaat de applicatie niet over meer functies dan producttype informatie openen en kunnen lezen, en deze producttypes 'filteren' aan de hand van verschillende indelingen. Dit filteren aan de hand van verschillende indelingen wordt verder behandeld in paragraaf 7.3 Structure, daarin staat omschreven welke indelingen er precies opgenomen gaan worden.

De wijkverpleegkundige hoeft verder geen account aan te maken om de applicatie in gebruik te nemen. Hierdoor is er ook geen registratieproces nodig.

De functies en de soort content die de applicatie hiermee zou kennen zijn:

Producttype informatie openen en sluiten

- o De gebruiker ziet allereerst een verkleinde weergave van het producttype en kan doormiddel van op het vlak en/of de knop te klikken de informatie over het producttype openen.

- o De gebruiker kan gemakkelijk weer terugkeren naar het vorige scherm door op de terugknop te klikken, de apple gesture swipen te gebruiken of door op de navigatiebalk aan de linkerzijde drukken.

Producttypen kunnen filteren

- o De gebruiker kan op basis van drie verschillende indelingen met daaronder verschillende categorieën de producten laten categoriseren.

Door de producttypen bladeren

- o De gebruiker kan door de verkleinde weergave aan producttypen scrollen.
- o Nadat het producttype op fullscreen geopend is kan de gebruiker swipen door de 'kaarten' van de andere producttypes binnen de categorie of indeling die zij heeft geselecteerd.

Soorten producttypen

- o Het onderzoeksteam zal een selectie maken van eHealthtoepassingen en zorgtechnologieën die relevant zijn voor de wijkverpleegkundige. Hierbij wordt er gekeken naar:

- Heeft het invloed op het werkproces van de wijkverpleegkundige? En/of de zelfredzaamheid van de cliënt?
- Is het product connected met een ander device? En/of staat het in contact met de omgeving van de cliënt en/of de zorgorganisatie?
- Gericht op zorg en niet alleen op welzijn. Sidenote; er worden wel welzijnstechnologieën opgenomen die voor zelfredzaamheid zorgen bij veelvoorkomende aandoeningen binnen de thuiszorg.

De functies die op de pagina hiervoor beschreven staan zijn vereiste functionaliteiten voor de basiswerking van de applicatie, of ook wel in prioriteiten van MoSCoW, de must haves. Onderstaand nog drie functionaliteiten waarvan ik de eerste twee functionaliteiten wil opnemen in de visualisatie van het volgende prototype om te achterhalen wat de wijkverpleegkundige hiervan vindt. Qua prioritering zullen dezen onder should of could haves staan, zonder deze functies is de applicatie gewoon bruikbaar. Het is denkbaar dat deze functionaliteiten gewenst zijn maar niet geïmplementeerd kunnen worden binnen de looptijd van het project.

Content kunnen mailen

Deze functionaliteit is gebaseerd op het inzicht dat de wijkverpleegkundige de informatie over het product(type) ook graag wil doorsturen naar de cliënt en diens naasten. De wijkverpleegkundige droegen zelf de optie om het via de mail te kunnen versturen aan.

- o De gebruiker kan via een e-mail icoon zijn/haar e-mailbox openen.
- o De informatie over het producttype zou in een gestandaardiseerde mail verschijnen.
- o De gebruiker kan het e-mailadres invoeren en op verzenden klikken.
- o De gebruiker keert vervolgens terug naar de applicatie.

Content kunnen opslaan in favorieten

De wijkverpleegkundige heeft de wens uitgesproken om producttypen makkelijk terug te kunnen vinden met behulp van bijvoorbeeld een vrije zoekruimte of favorieten. Deze vrije zoekruimte is lastig te implementeren, net zoals de visualisatie daarvan. In het volgende prototype wordt wel een knop opgenomen voor het opslaan van het producttype in de gebruiker haar favorieten.

- o De gebruiker kan een producttype opslaan in haar favorieten met behulp van de favorieten-knop.
- o De gebruiker kan haar opgeslagen favorieten terugvinden in de 'favorieten-sectie'.

Push-meldingen

De praktijk leert dat de wijkverpleegkundige geen tijd inplant om zich te verdiepen in eHealth. Het dient haar toevallig ter oren te komen. Met behulp van push-meldingen kan eHealth onder de aandacht worden gebracht bij de wijkverpleegkundige.

Dit is iets wat ik zou adviseren om in een later stadium zeker te implementeren in de applicatie. Dit zou aan functionaliteiten het volgende met zich meebrengen:

- o De gebruiker kan de frequentie van de push-meldingen instellen.
- o De gebruiker kan de momenten (dag en tijd) van de push-meldingen instellen.
- o Alle push-meldingen komen in een soort van inbox te staan. Bijvoorbeeld 'Berichten'.

7.3 Structure

Elke website of applicatie heeft zijn eigen navigatie-, en zoekstructuur. Bij de structuur wordt er gekeken naar welke categorieën/knoppen nodig zijn voor de gebruiker om gemakkelijk binnen de applicatie of website te navigeren.

Het onderzoeksteam heeft een lijst van 42 producttypen opgesteld die opgenomen gaan worden binnen de applicatie. De content voor deze producttypen wordt verzameld door mijn collega's waarbij de eindcontrole in handen ligt bij iemand met verpleegkundige kennis zodat de kwaliteit van de teksten gewaarborgd blijft. Voordat ik verder in ga op hoe deze producttypen gecategoriseerd gaan worden wil ik allereerst de lijst met producttypen weergeven die opgenomen gaan worden in de applicatie:

- Activiteitenmeters
- Apps voor voeding en vocht
- Automatische verlichting
- Babyfoon
- Bedverlaatalarm
- Beeldbellen
- Bloedglucose apps
- Communicatieplatform
- Connected bloeddrukmeter
- Connected bloedglucosemeter
- Connected saturatiemeter
- Dovensignaleringsysteem
- Elektronische deuropener
- Elektronische medicijndispenser
- Elektronische raamopener
- Geheugenklokken
- Gordijnautomatisering
- GPS-tracker
- Leefstijlmonitoring
- Maaltijdbox
- Mantelzorgnetwerk
- Medicatie apps
- Elektronische medicijndoos met alarm
- Medicijnhorloge
- Personenalarmering
- Plan apps
- Robotdieren
- Robotstofzuiger
- Slimme deurbel
- Slimme drinkbeker
- Slimme fornuisknop
- Slimme kookplaat
- Slimme weegschaal
- Smartphone voor ouderen
- Sociale robots
- Software voorlezen schermen
- Spraakgestuurde huisautomatisering
- Tablet voor senioren
- Telefoon voor senioren
- Valalarm
- Virtual Reality
- Automatische zonwering

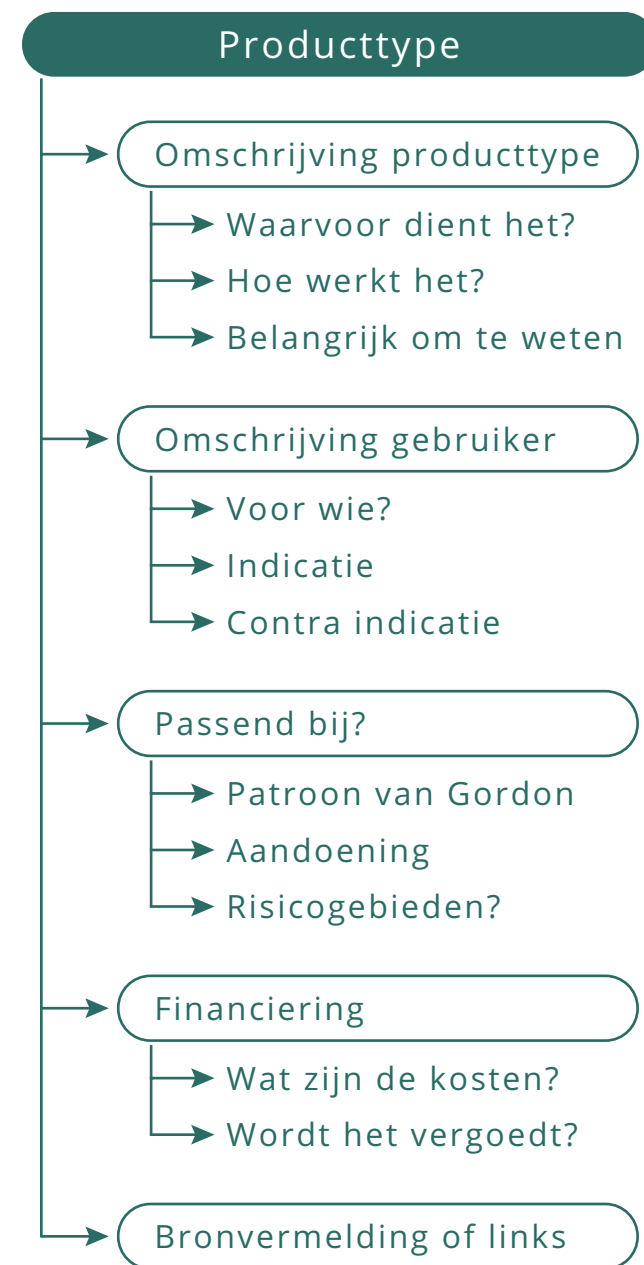
Tijdens het voorleggen van mockup 1 is er ook een cardsorting opdracht uitgevoerd met de wijkverpleegkundigen, waarbij zij voornamelijk hebben gekeken naar de functionaliteit van de producten waarop zij de producten vervolgens erg praktisch hebben ingedeeld. Tijdens de nabespreking kwam aan bod dat er verschillende indelingen gewenst zijn en dat ze graag een combinatie zien tussen Gordon, veelvoorkomende aandoeningen en iets 'praktisch' of misschien iets met de risicosignalering. Praktisch in de zin van, de 'simpele' thema's die zij ook hebben gevormd tijdens de cardsorting.

Binnen het team zijn nogmaals twee cardsorting sessies uitgevoerd en gaat er naar verwachting nog een sessie plaatsvinden. Waarbij er tijdens de plenaire cardsorting is gekeken naar de indeling op basis van de gezondheidspatronen van Gordon en bij het categoriseren op basis van de veelvoorkomende aandoeningen is een beroep gedaan op de collega's met verpleegkundige kennis.

Persoonlijk pleit ik voor het alsnog ook nog opnemen van een indeling op basis van de risicogebieden, dit aangezien ik veel overlap herken in de 'simpele en praktische' clusters die de wijkverpleegkundigen hebben gevormd en de thema's uit de risicosignalering.

In de volgende uitwerking worden in ieder geval de gezondheidspatronen van Gordon opgenomen en de veelvoorkomende aandoeningen. Er is een mogelijkheid dat er nog een derde indeling opgenomen wordt voor het testen van de volgende versie maar dit zou ook iets kunnen zijn wat wij nog uit willen vragen bij de wijkverpleegkundigen. Zodat wij deze feedback dan vervolgens kunnen verwerken in de derde indeling, voor het eindontwerp.

Structuur gaat niet alleen over navigatiestructuur dit gaat ook over informatiestructuur. Het schema hiernaast geeft weer wat voor soort informatie wordt verzameld per producttype.





Bijvoorbeeld; mevrouw vergeet haar medicatie in te nemen. De wijkverpleegkundige zoekt dan op het patroon gezondheidsbeleving en -instandhouding.

Bij het elektronische medicijndispenser staat dan ook de producttag 'Dementie', de aandoening die mevrouw heeft. De wijkverpleegkundige kan hierdoor ook snel schakelen naar de aandoening 'Dementie' en op deze wijze nog meer producten ontdekken voor de aandoening van mevrouw.

In bijlage **E** zijn de uitgebreidere navigatiestructuren te vinden. Waarbij alle producttypen ingedeeld staan per categorie en indeling.



7.4 Skeleton

Het skelet van de applicatie heeft effect op de plaatsing van de bedieningselementen en knoppen. Maar ook op waar de content en afbeeldingen weergegeven staan. Het is belangrijk om hier goed over na te denken en deze te testen bij de gebruikers, hoe logischer deze elementen staan geplaatst hoe gebruikersvriendelijker de applicatie wordt ervaren.

Deze fase van het ontwerpproces ging eigenlijk vrijwel hand in hand met de fase Surface, te vinden in paragraaf 7.5. Deze paragraaf gaat verder in op de plaatsing van de elementen, de volgende paragraaf zou de look and feel van de applicatie beschrijven.



Het skelet is vastgesteld door verschillende prototypes te maken en deze voor te leggen aan de wijkverpleegkundigen, zoals ook losse schermindelingen die besproken zijn binnen het onderzoeksteam.

Allereerst wat leert het voorleggen van de eerste mockup ons wat betreft het skelet van de applicatie?

Het hamburgermenu die in beide versies van de mockup opgenomen was werd laat of zelfs helemaal niet opgemerkt door de wijkverpleegkundigen. Het is dan ook niet wijs om dergelijke bedieningselementen voor de navigatie op te nemen in een hamburger-menu. Het wordt immers al gauw geassocieerd met instellingen of overige functionaliteiten.

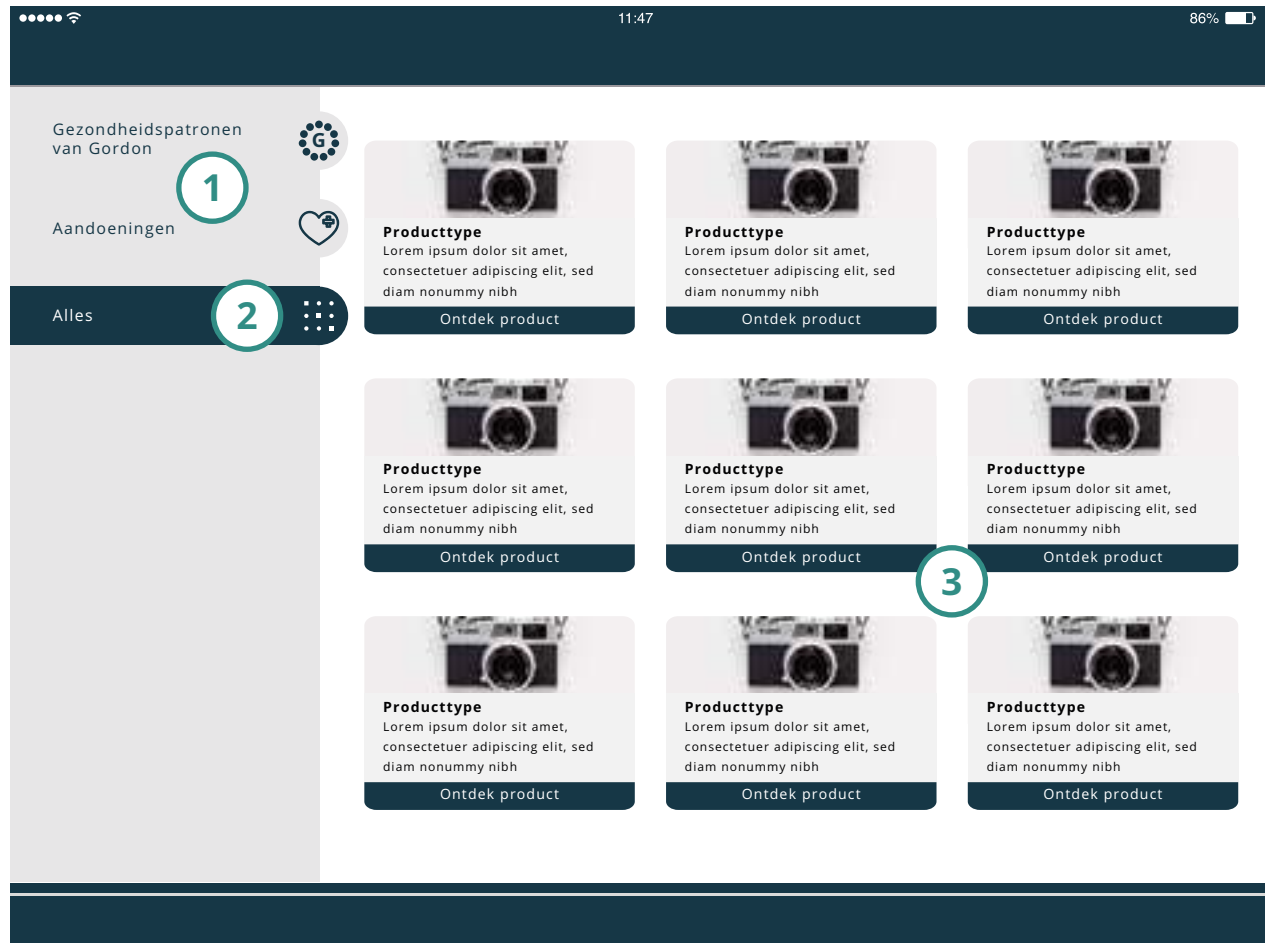
De wijkverpleegkundigen begrepen overigens de andere knoppen wel direct. En hebben ook geen opmerkingen gegeven over de plaatsing van dezen.

Bij de ontwikkeling van het nieuwe skelet dient rekening gehouden te worden met; dat het inzichtelijk moet zijn voor de gebruiker waar in de navigatiestructuur zij zich bevindt.

Ik merk dat ik het lastig vond om het skelet en de surface apart van elkaar te behandelen, het kan dan dus ook zo zijn dat er op de volgende pagina's ook al punten worden behandeld die eigenlijk onder 7.5 Surface horen te staan.

In ieder geval beschrijven de volgende pagina's het eindontwerp skelettechnisch gezien. Voor de verschillende varianten met onderbouwingen verwijs ik u graag door naar bijlage F.

Hierin staan verschillende schermontwerpen die voorgelegd zijn aan de wijkverpleegkundigen en/of aan het onderzoeksteam. Met daarbij de goede en negatieve punten benoemd om uiteindelijk tot dit ontwerp te komen.



1

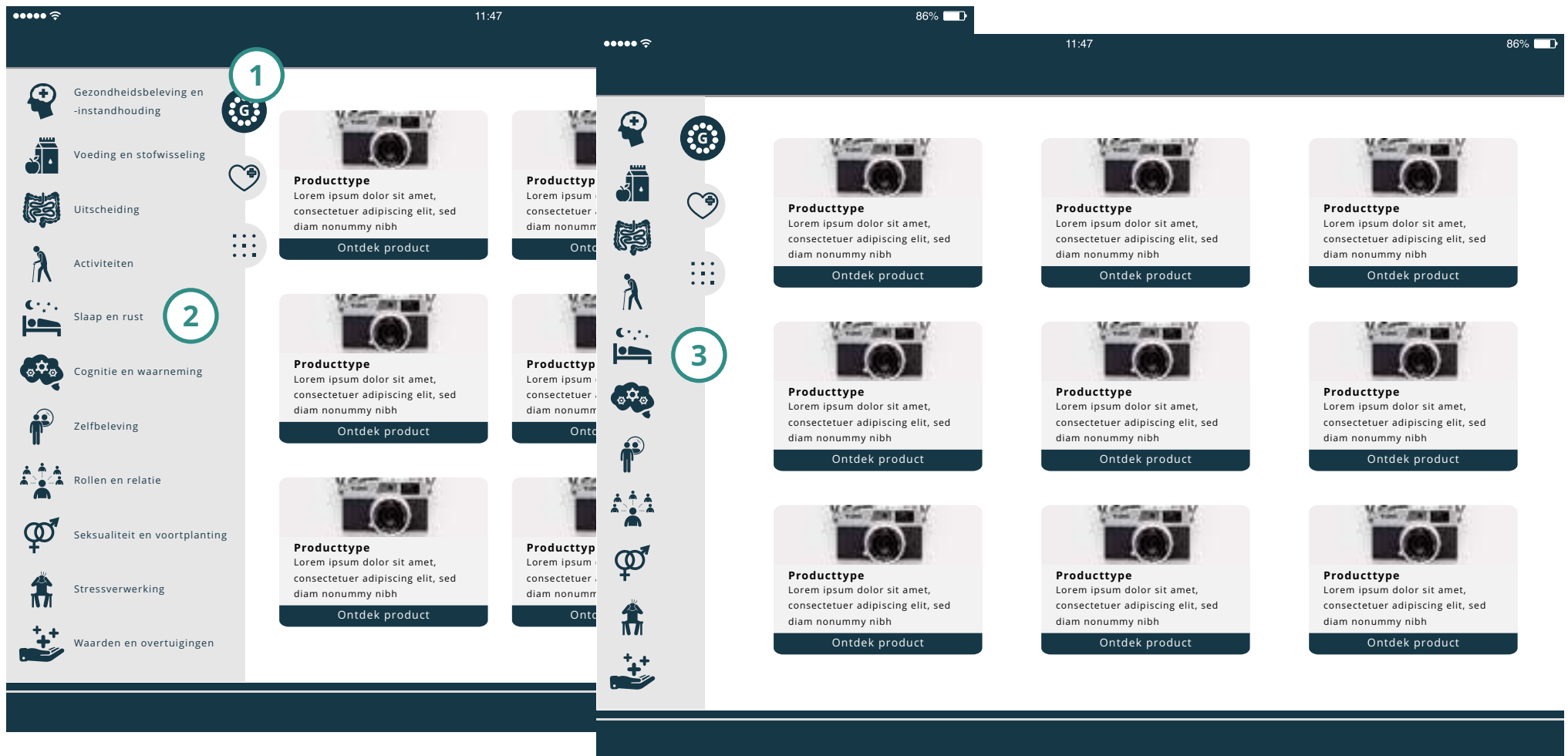
Tijdens het opstarten van de applicatie zullen allereerst de drie verschillende indelingen in het menu staan.

2

Tijdens het opstarten van de applicatie staat de indeling automatisch op alles weergeven.

3

Op één schermweergave zullen negen producttypen weergegeven worden. Tussen deze producttypen kan de gebruiker scrollen.



1

Na het selecteren van een indeling verandert het bolletje en het icoon van kleur.

Door op een ander bolletje te klikken schakel je tussen de verschillende indelingen.

2

De categorieën binnen de indeling verschijnen nadat de indeling geselecteerd is.

3

Na selecteren van een categorie klapt het menu in. Dit menu is te openen en te sluiten door het rondje van de geselecteerde indeling vast te houden en naar links (sluiten) of naar rechts (openen) te trekken.



4

Producttags van het producttype. Zodat de gebruiker in één oogopslag kan zien binnen welke categorieën het producttype past. En op deze wijze ook makkelijk kan schakelen tussen deze producttags.

3

Tekst en informatie over het producttype met daarin ook opgenomen voor wie het product geschikt is en hoeveel het product kost en of deze vergoed wordt. Tevens is er een link opgenomen van waar de producttype info op gebaseerd is.

1

Statisch menu die standaard ingeklapt is bij het weergeven van producttype informatie. Dit menu is uit te klappen door het rondje van de geselecteerde indeling vast te houden en naar rechts te trekken.

2

Sprekende afbeeldingen van voorbeeldproducten en de context waarin deze gebruikt kunnen worden.

7.5 Surface

Het doel van het onderzoeksteam is duidelijk, wat de wijkverpleegkundige wil bereiken met het gebruik van de applicatie ook. De soort content en hoe deze wordt ingedeeld is bepaald. Maar hoe ziet het ontwerp van de applicatie eruit? Applicaties zijn opgebouwd uit teksten, afbeeldingen, illustraties etc. denk aan productinformatie, productfoto's tot aan het winkelwagen icoontje. Paragraaf 7.4 geeft al veel van deze elementen weer maar wat is de gedachtegang hierachter geweest?

Kleurgebruik

Bij het ontwerp van interfaces van applicaties zie je allerlei verschillende kleurencombinaties. Er is ontzettend veel mogelijk. Veelgebruikte kleuren in applicatie-ontwerp zijn: blauw, rood en groen. Denk maar aan Facebook, Twitter en LinkedIn die veel gebruik maken van de kleur blauw. Een bekend voorbeeld van rood is YouTube en van de kleur groen kennen we allemaal WhatsApp en Spotify wel.

Persoonlijk heb ik een sterke voorkeur voor blauwtinten, buiten mijn eigen voorkeur straalt de kleur blauw ook een paar positieve punten uit bij de gebruiker, namelijk: vertrouwen, integriteit en kalmte. Het is dan ook niet gek dat banken en verzekeringsbedrijven veelvuldig gebruik maken van de kleur blauw. Ik vind de kleur blauw ook erg goed passen binnen de medische wereld, ik wijk dan ook in dit appontwerp nog niet af van mijn persoonlijke voorkeur. Ik spreek van nog niet aangezien het nieuwe ontwerp ook nog weer voorgelegd gaat worden en er in het ontwerp dus nog aanpassingen kunnen komen. Lees hierover meer in Hoofdstuk 9 Usability testing.

Als tegenhanger maak ik gebruik van een rood/oranje tint. Deze kleur gebruik ik voor de producttags.



Buiten de kleuren blauw en rood/oranje zou ik veel witruimte in het ontwerp opnemen. Dit voor een open en clean uitstraling.

Ik kies er specifiek voor om niet allerlei verschillende kleuren op te nemen in het appontwerp. Dit kan naar mijn inziens al gauw druk en speels overkomen, niet passend bij de doelgroep zorgprofessionals.

Icoongebruik

In het ontwerp zijn simplistische éénkleurige iconen opgenomen. De iconen zijn immers voor het gebruiksgemak. Het is denkbaar dat er bij eventuele restyling hier nog eens naar gekeken wordt, of het mooier is als dit meerkleurige iconen worden.

Bij het uitgeklapte menu staan ondersteunende teksten bij de iconen. Indien het icoon niet vanzelfsprekend genoeg is voor de wijkverpleegkundige.

Fontgebruik

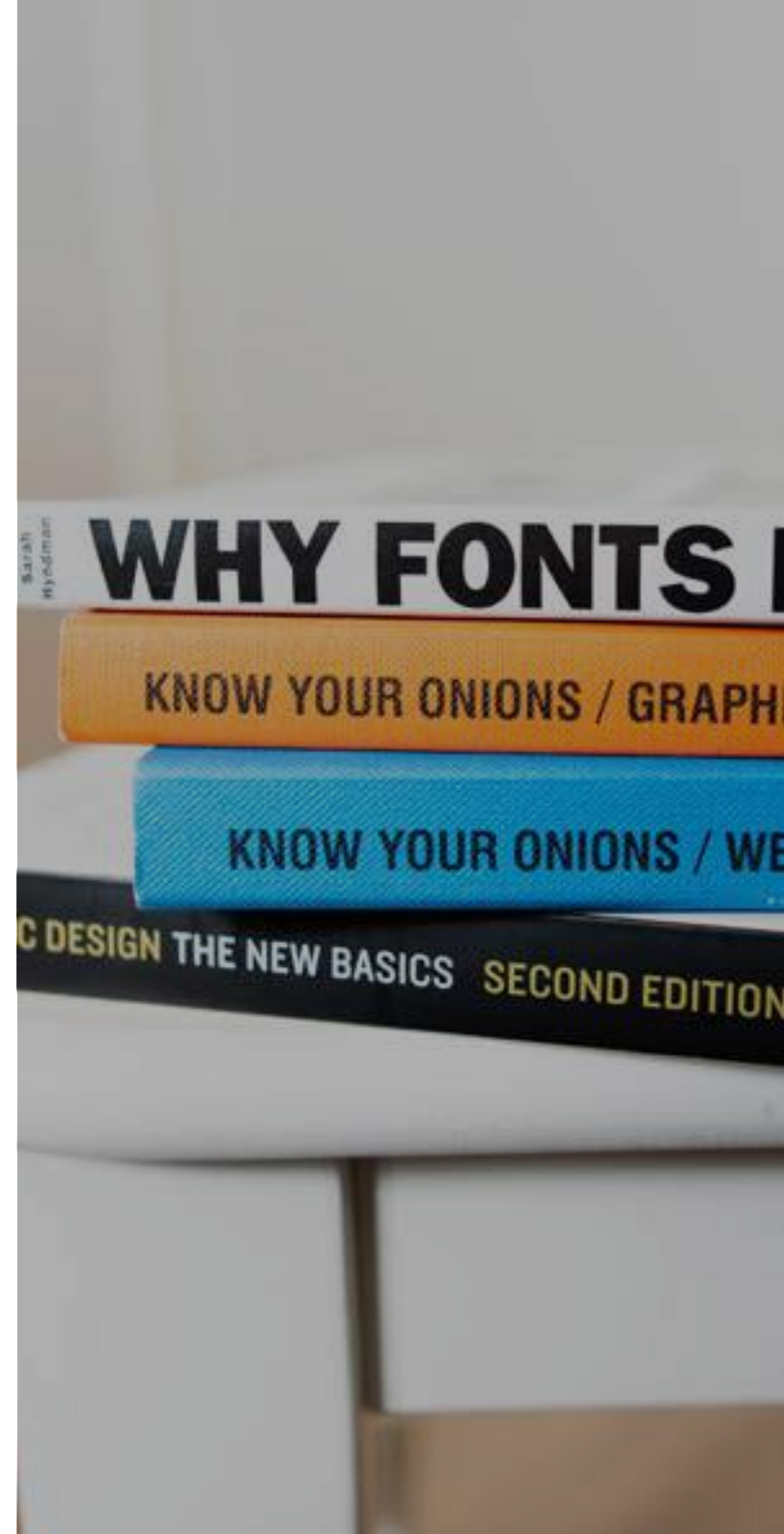
Mijn standaard font is OpenSans, ik hanteer deze eigenlijk altijd voor mijn rapportages en ontwerpen.

Open Sans is een schreefloos lettertype ontworpen door Steve Matteson in opdracht van Google. Het werd ontworpen met "open vormen en een neutrale, maar vriendelijke uitstraling", speciaal voor een goede leesbaarheid bij printen, op het internet en in mobiele UI's.

Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Open_Sans

Binnen de minor Design Apps en Services werd dit font tevens geadviseerd. In het ontwerp zou ik gebruikmaken van 'Regular' voor de standaardtekst. Voor tussenkopjes en titels zou ik gebruik maken van 'Bold' en een grotere fontgrootte.

Ook zal ik witruimte tussen de letters opnemen voor de leesbaarheid.



A photograph of a stone archway, likely part of an old bridge or tunnel, looking out onto a green, grassy hillside under a cloudy sky. The arch is made of dark, rough-hewn stones. The hillside is covered in green grass and some small plants. The sky is filled with grey and white clouds. A small stream or path is visible in the foreground on the right side of the arch.

8 EINDRESULTAAT

Op basis van de voorgaand beschreven stappen uit het ontwikkelingsproces presenteer ik graag het eindresultaat van de informatieve en inspirerende applicatie die de wijkverpleegkundige voorziet in informatie over eHealthtoepassingen en andere relevante zorgtechnologieën.

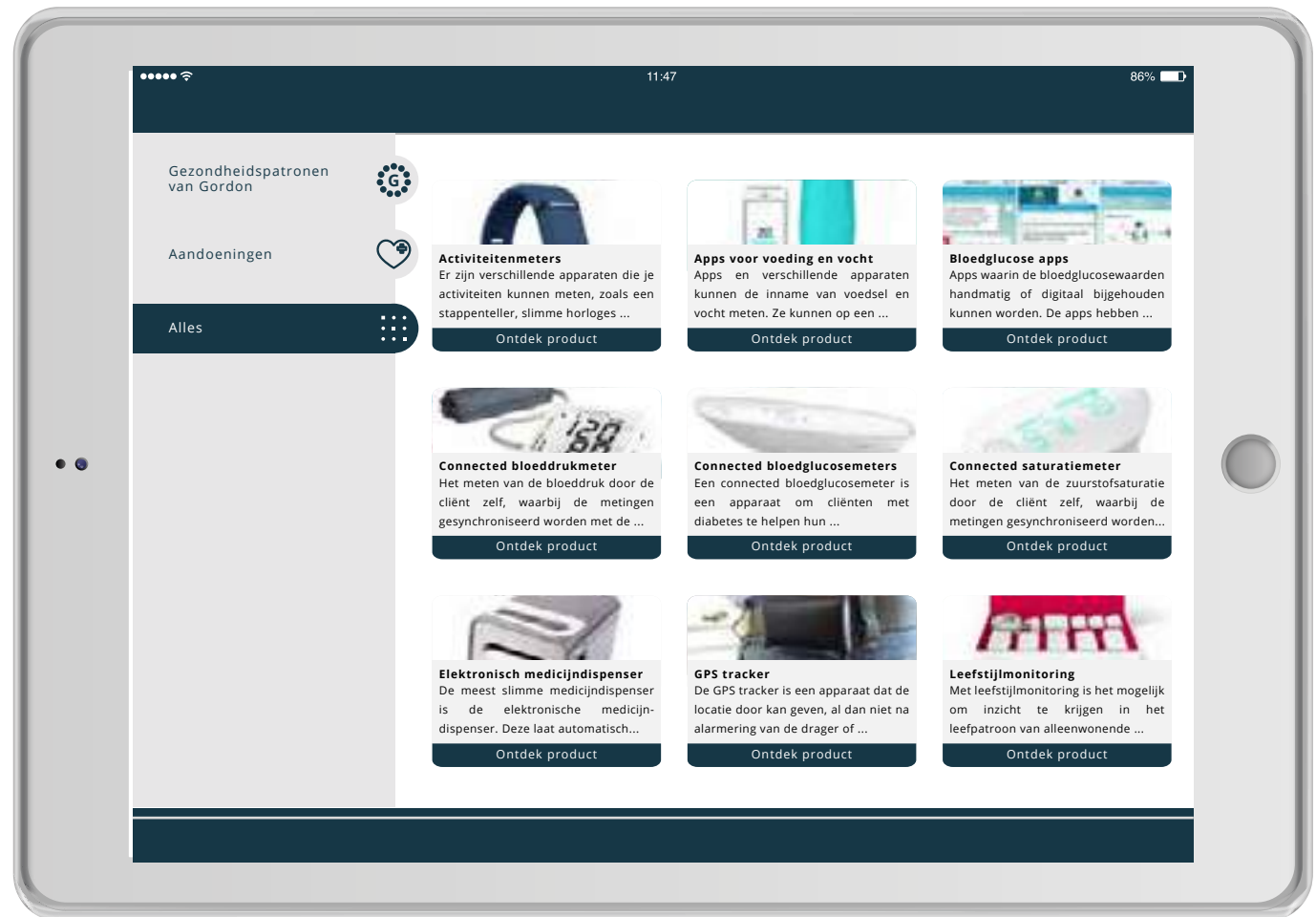


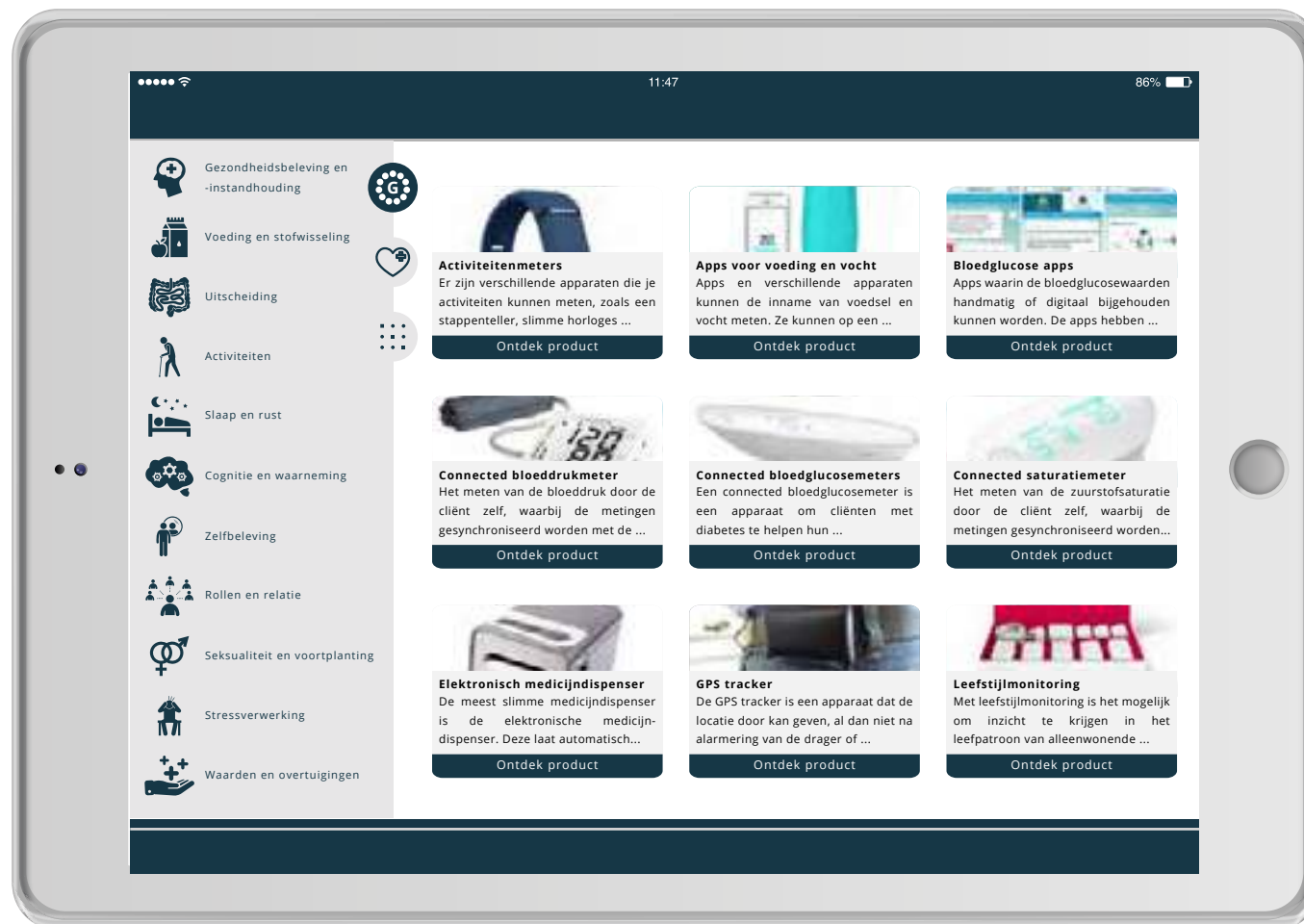
De applicatie kent drie verschillende indelingen, deze indelingen zijn gebaseerd op het kwalitatieve onderzoek wat het onderzoeksteam heeft uitgevoerd de afgelopen maanden. De drie verschillende indelingen doen recht aan het diverse werkproces van de wijkverpleegkundige.

Wij zijn ons er van bewust dat wij geen sluitend en compleet overzicht kunnen bieden aan de wijkverpleegkundigen, toch ziet het onderzoeksteam het van groot belang dat hierin wel een eerste stap gezet gaat worden.

Er zijn producttypen opgenomen die het onderzoeksteam als relevant hebben beschouwd voor de wijkverpleegkundigen, het is dan ook denkbaar dat in deze lijst producten zijn opgenomen die de wijkverpleegkundige niet gaat inzetten in de thuiszorg. En dat is ook helemaal niet erg, één van onze doelen zou dan al bereikt zijn. Namelijk de wijkverpleegkundige na laten denken over de inpassing van toepassingen in haar beroepspraktijk, de wijkverpleegkundige is vrij om kritisch te blijven tegenover eHealthtoepassingen. Net zoals zij dat mag zijn tegenover analoge hulpmiddelen.

Bij het openen van de applicatie zou de indeling automatisch op 'Alles' staan. Zodat de wijkverpleegkundige vrij kan zoeken 'in de vijver aan toepassingen'. Door deze indeling op te nemen staat de wijkverpleegkundige vrij om haar eigen redeneerproces los te laten op de applicatie in plaats van dat zij alleen maar in vooraf opgestelde structureren kan zoeken.

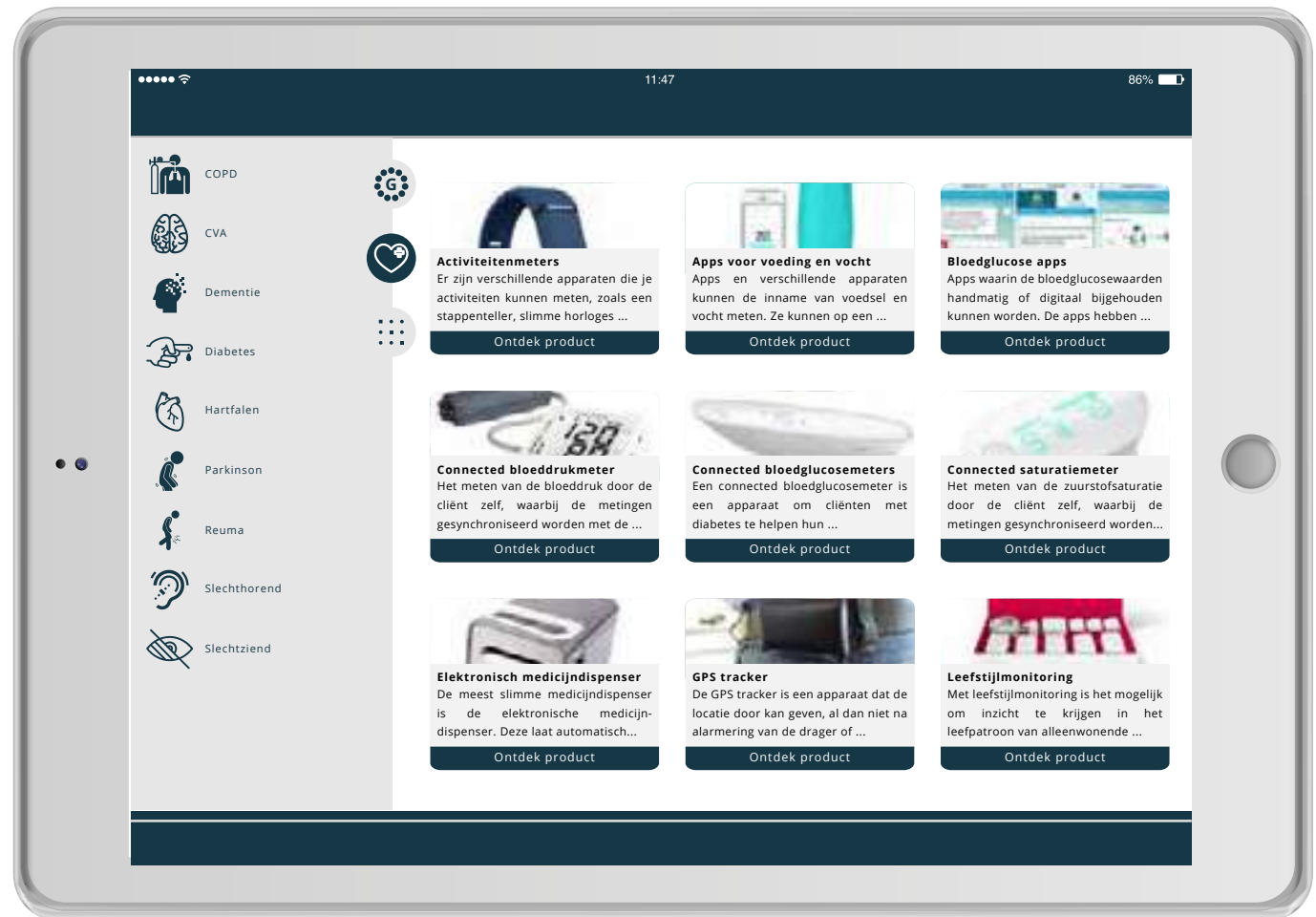


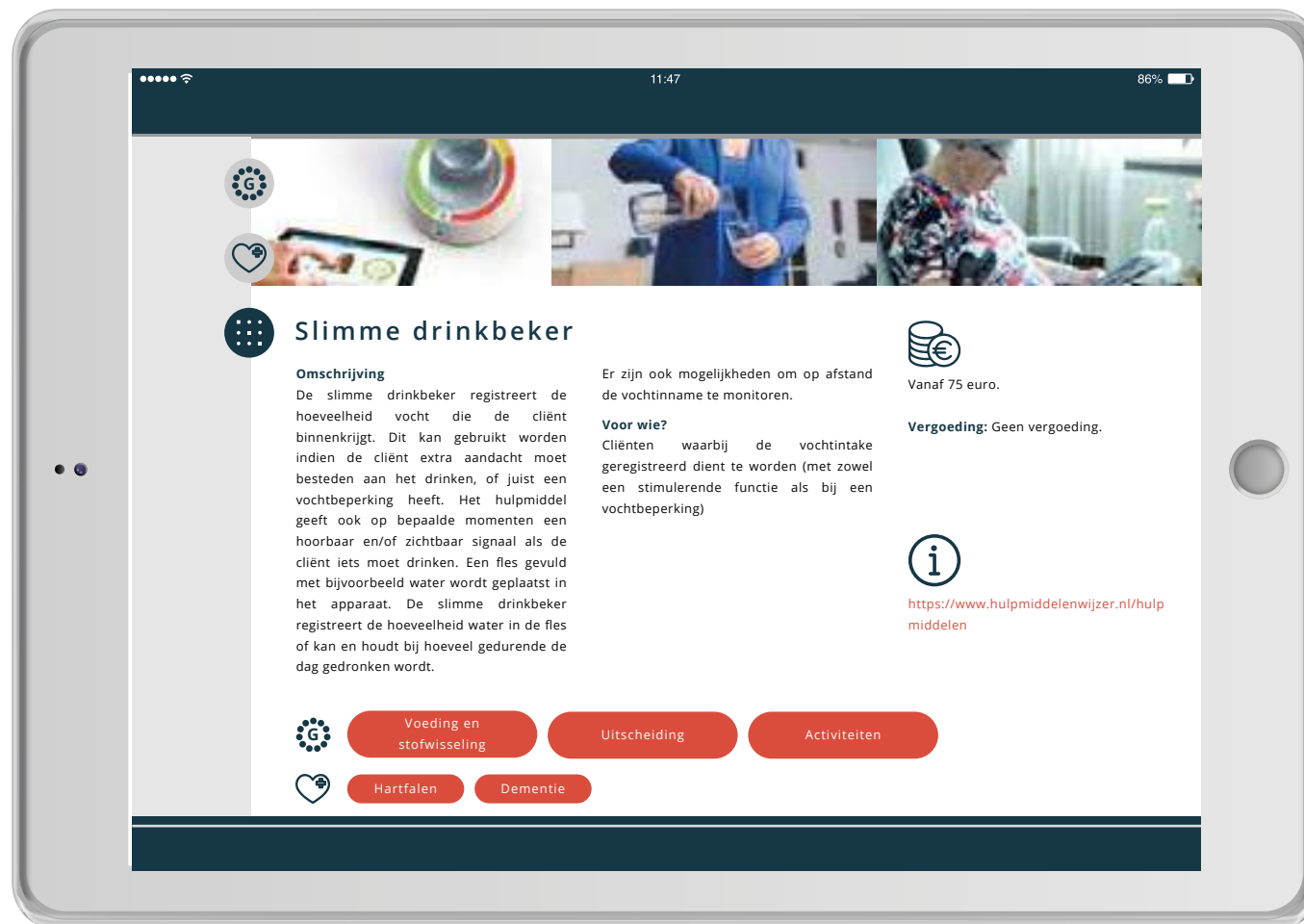


De gezondheidspatronen van Gordon sluiten goed aan bij het werkproces van de wijkverpleegkundige. Veel van de wijkverpleegkundigen werken dagelijks met deze patronen anderen kennen deze nog via de opleiding, ook maakt Carpenito een koppeling richting de patronen van Gordon.

Na indeling van de 42 producttypen kwam naar voren dat het patroon Seksualiteit en Voortplanting en Waarden en Overtuigingen naar ons inziens geen eHealthtoepassingen omvat. Zoals eerder benoemd staat het aanbod eHealthtoepassingen niet in verhouding met de aandachtsgebieden van de wijkverpleegkundige. Daarentegen is het niet onverklaarbaar dat deze patronen geen eHealthtoepassingen kent, deze onderdelen worden 9 van de 10 keer ook opengelaten in zorgplannen.

Er zijn verschillende opties aangedragen voor een extra indeling buiten Gordon, denk aan risicogebieden, verpleegkundige diagnoses en veelvoorkomende aandoeningen. Het onderzoeksteam heeft de keuze gemaakt om een lijst met veelvoorkomende aandoeningen binnen de thuiszorg op te nemen als indeling. Tijdens het voorleggen van de mockups scoorde de indeling op basis van de diagnoses niet heel hoog, en dit zou tevens voor een te grote categorisatie te zorgen waardoor de applicatie onnodig complex kan worden. De risicogebieden, die wellicht nog opgenomen zouden worden, zijn van tafel. De risicosignaleringen waar veel zorgorganisaties mee werken zijn vanuit de zorgverzekeraar niet verplicht, het onderzoeksteam wil dan ook dicht bij de beroepspraktijk blijven en niet een tool ontwikkelen die voor enkele zorgorganisaties van toepassing is.





Van de producttypen is, en wordt op het moment nog, content verzameld. Deze content is er op bedoeld dat het beknopte informatie geeft van het type product en waar het product voor in gezet kan worden. Daar waar een Vilans of Thuisleefgids in zijn algemeenheid producten omschrijft is de content van de applicatie specifiek gericht op het werk en de praktijk van de wijkverpleegkundige.

Voor deze content wil het onderzoeksteam het wiel niet opnieuw uitvinden, zij heeft zich daarom ook laten inspireren door de content van de projectpartners. De inspiratiebronnen zijn tevens opgenomen in de informatie over de producttypen. Zodat de wijkverpleegkundige, indien gewenst, meer informatie kan lezen over het type product. De producttags geven de onderliggende verbanden weer bij het producttype.

9. USABILITY TESTING

De ontwikkeling van de eind mockup is nog in volle gang en de volgende sessies staan alweer ingepland. Donderdag 31 mei wordt de mockup voorgelegd aan de projectpartners tijdens de partnerbijeenkomst.

Op 5, 11 en 12 juni mag het onderzoeksteam weer langs komen bij de zorgorganisaties om de volgende versie voor te leggen.

In deze versie van de mockup zijn momenteel 14 van de 42 producttypen opgenomen. Dit zodat de applicatie nog behapbaar blijft tijdens het testen maar ook aangezien de content nog niet volledig gevormd is. Ik hoop tijdens mijn afstudeerzitting de resultaten van deze sessies met jullie te mogen delen. En zal hierover indien nodig mijn aangescherpte aanbevelingen en ontwerp presenteren.

SCAN QR CODE IN DE
PROTOPIE APP
OF KLIK HIER



10. AANBEVELINGEN

De opdracht was om met behulp van verschillende mockups tot een eindontwerp te komen voor een applicatie die de wijkverpleegkundige voorziet in informatie over eHealthtoepassingen.

Uit de resultaten van de sessies, en naar verwachting ook van de sessies die nog gaan komen, blijkt dat de applicatie aansluit bij de behoefte van de wijkverpleegkundige.

Zoals ook op de planning staat gaat het onderzoeksteam, eventueel in samenwerking met een programmeur, verder met de ontwikkeling van de applicatie. Dit zou zeker de moeite waard zijn. Na al de iteraties lagen geloof ik dat er nu een ver uitgedacht concept ligt die niet alleen in de behoeften van de gebruiker voorziet maar ook aansluit bij de ontwerpvisie die is geformuleerd.

In de ontwikkeling dient nog wel rekening gehouden te worden met de volgende punten:

- Momenteel heb ik gebruik gemaakt van iconen van Noun project waar ikzelf een lidmaatschap op heb. Het is het overwegen waard om nog nieuwe eventueel soortgelijke iconen te ontwerpen en/of de iconen ook aan te schaffen.

- Het prototype is momenteel ontworpen voor een iPad mini in landscape weergave. In de ontwikkeling dient rekening gehouden te worden met dat deze applicatie responsive behoort te zijn voor het optimale gebruiksgemak. Eén van de eisen is immers dat het voor iedereen toegankelijk is.

- Het is het overwegen waard om na te denken over een webapplicatie in plaats van een 'gewone' applicatie. Het voordeel aan een webapplicatie is dat deze ook gebruikt kan worden op desktops.

- Tevens dient er voor de content van de applicatie toestemming aangevraagd te worden bij de projectpartners.

- Ook is Copyright van de productfoto's nog een belangrijk punt op de agenda.

- Ik zou adviseren om bij de implementatie en promotie nauwe samenwerking op te zoeken met de projectpartners. Samen kom je immers een stuk verder. Daarbuiten beschikken sommige projectpartners over andere kanalen en specialiteiten.

- Tot slot wil ik stilstaan bij het feit dat ik geen grafisch vormgever ben en dat het wellicht wenselijk is om de applicatie te laten restylen door een grafisch ontwerper.

11. BRONVERMELDING

Boeken:

- Carpenito-Moyet, L. J. (2012) Zakboek verpleegkundige diagnosen.
- Garrett, J. J. (2011) The elements of user experience. User centred design for the Web and beyond.
- Haaren, van E. (2017) Klinisch redeneren en verpleegkundige classificaties. Werken met Omaha System, Nanda-I/NIC/NOC.
- Stickdorn, M. (2011) This is Service Design Thinking. Basic, Tools and Cases.

Websites:

- <https://www.digitalezorggids.nl/>
- <http://www.domoticawonenzorg.nl/>
- <https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/hulpmiddelen/>
- <http://www.fit-keuzehulp.nl/>
- <https://thuisleefgids.nl/>
- <https://nl.wikipedia.org/wiki/>
- <https://www.zorginnovatie.nl/themas/vitaal-thuis>
- <https://www.zorgvoorbeter.nl/>
- <https://www.zorgvisie.nl/>

Publicaties:

- Inspiratiebox, Technologie in de langdurende zorg, door Vilans. <https://www.vilans.nl/producten/inspiratiebox-technologie-in-de-langdurende-zorg>
- Verpleegkundige besluitvorming over de inzet van eHealth in de Wijk.

30 mei 2018
Zwolle, Nederland
Hogeschool Windesheim
Afstudeerverslag eHealth in de Wijk

Astrid Emmink (S1079500)

