



Wondzorg op afstand

‘Op afstand wat kan, dichtbij wat moet.’

C. Theologidis, T. van der Zijpp, Y. Siebers, J. Oud*

Samenvatting

De aandacht voor e-Health als middel om de gezondheidszorg te ondersteunen is de afgelopen jaren toegenomen. Het wondexpertisecentrum (WEC) van VieCuri Medisch Centrum is gestart met een vorm van beeldschermzorg (FaceTalk), als alternatief voor een poliklinische afspraak, om het verloop van wondgenezing te monitoren bij en met patiënten. Hiertoe heeft een pilot plaatsgevonden van zes maanden, waarbij medewerkers van twee thuiszorgorganisaties (Proteion en Allertzorg) in Noord-Limburg hun patiënten en wondconsulenten van VieCuri contact hadden via een videoconsult. Om inzicht te krijgen in de ervaringen met FaceTalk is in 2018 een onderzoek uitgevoerd door studenten van Fontys Hogeschool in Eindhoven. Als methode is gebruik gemaakt van een kwalitatief beschrijvend onderzoek. Binnen de resultaten is ingegaan op zowel klinische effectiviteit als op de ervaringen met FaceTalk vanuit verschillende perspectieven. De volgende thema's zijn in dit kader naar voren gekomen: nabijheid van de zorg, minder belasting en tijdsrendement voor alle betrokken partijen, vertrouwen in de wondzorg, afstemming en kennisuitwisseling tussen de wondconsulenten, thuiszorgmedewerkers en patiënten en voorwaarden voor verdere implementatie.

Inleiding

E-Health toepassingen doen in de wondzorg steeds meer hun intrede. Ook binnen het wondexpertisecentrum (WEC) van het VieCuri Medisch Centrum komt het steeds meer onder de aandacht. Het WEC streeft naar een manier om zorg op afstand te bieden waarbij privacygevoelige gegevens beschermd zijn, de kwaliteit van zorg behouden blijft en de voordelen van zorg op afstand tot uiting komen. Om dit te realiseren is in augustus 2018 een pilot gestart met beeldschermzorg bij twee thuiszorgorganisaties in de regio Noord-Limburg, namelijk Proteion en Allertzorg. Gekozen is voor de applicatie FaceTalk waarin zorgprofessional en zorgvrager oogcontact met elkaar kunnen hebben zonder elkaar fysiek te hoeven ontmoeten. Deze applicatie bestaat uit een uitnodiging, een online wachtkamer en een video gesprek (1). Geen van deze gegevens wordt opgeslagen. Naar aanleiding van de start van de pilot is door twee studenten van de Fontys Hogeschool in Eindhoven een kwalitatief praktijkonderzoek uitgevoerd. Voorafgaand aan het praktijkonderzoek is er een oriënterende literatuurstudie uitgevoerd. Onderzoek toont aan dat wondgenezing sneller verloopt bij verschillende vormen van zorg op afstand in vergelijking met een consult in het ziekenhuis (2-5). Als verklaring wordt gegeven dat deskundigheid van wondexperts met zorg op afstand laagdrempelig beschikbaar is en wordt 'overgedragen' aan eerstelijnszorg. Hierdoor kunnen zorgprofessionals uit de eerstelijnszorg beter inspelen op factoren van de wond van de patiënt en is vroege herkenning van verslechtering mogelijk, waarbij

accuraat actie ondernomen kan worden (2,3). Ervaringen van zorgprofessionals en patiënten met zorg op afstand in de wondzorg bevestigen deze veronderstelling. Professionals noemen als voordeel van zorg op afstand dat het de bereikbaarheid van collega's vergemakkelijkt, waarbij ze het onderlinge contact als persoonlijk en laagdrempelig ervaren en ze van elkaars deskundigheid kunnen leren (6). Patiënten geven aan dat ze zich veilig voelen als er multidisciplinaire communicatie plaatsvindt tussen zorgprofessionals (5,7). Hierbij wordt als bijkomend voordeel genoemd dat reistijd wordt teruggedrongen terwijl het gevoel van (oog)contact behouden blijft. Ondanks de voordelen worden er wel enkele kanttekeningen geplaatst bij de implementatie van zorg op afstand. Eventuele bijkomende rollen of taken worden door zorgprofessionals als tijdrovend ervaren. Bijvoorbeeld als ze dubbele documentatie moeten bijhouden als systemen nog niet op elkaar aangesloten zijn of als ze de verantwoordelijkheid krijgen om systemen bij patiënten te installeren. Verder geven professionals aan behoefte te hebben aan (regelmatige) scholing waarbij een kartrekker het team motiveert (2,4,5). Samenvattend is de beschikbare evidence positief over de meerwaarde van e-Health in de wondzorg. Dit roept de vraag op hoe de ervaringen zijn met FaceTalk en het waarborgen van continuïteit van wondzorg door de patiënten en thuiszorgmedewerkers in de pilot in het WEC. Om deze vraag te beantwoorden zijn er twee deelonderzoeken uitgevoerd waarbij het eerste en het tweede deelonderzoek zich respectievelijk richtten op

de ervaringen van de patiënten en de thuiszorgmedewerkers met FaceTalk.

Methode

Om inzicht te krijgen in de ervaringen met FaceTalk is gebruik gemaakt van een kwalitatief beschrijvende onderzoeksmethodiek. Via een doelgerichte steekproef uit een onderzoekspopulatie van twaalf thuiszorgmedewerkers en tien patiënten werden respectievelijk acht medewerkers en acht patiënten benaderd. Voor de selectie van patiënten werd bewust een variatie gezocht in leeftijd, het type wond en de mate van zelfstandigheid van de patiënt. Patiënten die onvoldoende in staat waren zichzelf mondeling uit te drukken (in het Nederlands) werden geëxcludeerd. Voor de medewerkers werd een variatie gezocht in opleidingsniveau, ervaringsjaren, leeftijd en specialisatie in de zorg. Voor de dataverzameling is in beide deelonderzoeken gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, om ruimte te creëren voor de patiënt om in eigen woorden zoveel mogelijk over de ervaringen met FaceTalk te vertellen (8). Voor deze interviews is een interviewtopiclijst samengesteld waarbij specifiek is ingegaan op domeinen uit het Model for Assessment of Telemedicine Applications (MAST) dat wordt gebruikt om e-Health producten te evalueren op efficiëntie en effectiviteit (7).

Voor de data analyse is gebruik gemaakt van thematische analyse aan de hand van het zesfasenmodel van Braun en Clarke (9). Voor het waarborgen van de kwaliteit van onderzoeksresultaten werden van alle interviews, na toestemming van de respondenten, geluidsopnames gemaakt die door de onderzoekers zelf werden getranscribeerd. Na afloop van de interviews werd een mondelinge samenvatting aan de respondenten gegeven waarop gereageerd kon worden (member check). Na verkenning van de data werden initiële codes toegekend aan tekstpassages, dichtbij de verwoording in de originele transcripten. De initiële codes werden vervolgens geclusterd in potentiële thema's. Na overeenstemming definieerden de onderzoekers de definitieve thema's.

Met FaceTalk kan men in de eigen vertrouwde omgeving thuis blijven.

Resultaten

Uit de interviews met de patiënten kwamen vier thema's naar voren: nabijheid van zorg, ervaren belasting, vertrouwen in wondzorg en afstemming over wondzorg. Wat de nabijheid van zorg betreft viel op dat respondenten die zelfstandig naar het WEC kunnen gaan, het contact via FaceTalk minder waardeerden dan degenen die voor dit bezoek afhankelijk zijn van derden. Die laatste groep gaf aan het contact via FaceTalk als "persoonlijk en dichtbij" te

ervaren, terwijl de anderen het als "afstandelijk en minder persoonlijk" beschreven ten opzichte van een fysieke afspraak bij het WEC.

'Ik zag de wondconsulent echt goed staan, het leek alsof ze naast me stond in de keuken.' (respondent 1)

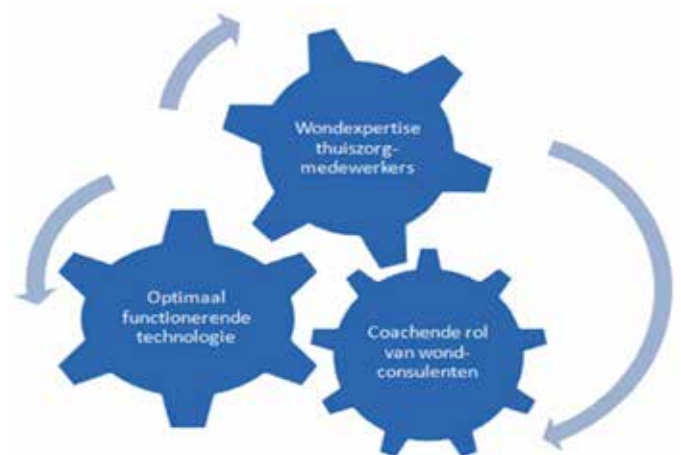
Verder gaven respondenten aan dat FaceTalk een verlichting brengt in de belasting die wordt ervaren om naar het WEC toe te gaan, niet alleen in tijd (een bezoek kost tussen de twee en vijf uur versus vijftien minuten via FaceTalk), maar ook in de mentale belasting. Met FaceTalk kan men in de eigen vertrouwde omgeving thuis blijven.

Opvallend was wel dat respondenten minder vertrouwen hadden in de wondzorg door thuiszorgmedewerkers dan door de wondconsulenten van het WEC. Niet alleen vanwege het verschil in inhoudelijke expertise, maar ook door verschil in beschikbare middelen. Volgens de respondenten zal er aan een aantal voorwaarden voldaan moeten worden om dit vertrouwen te versterken en een stabiel evenwicht te creëren tussen drie deelaspecten (figuur 1).

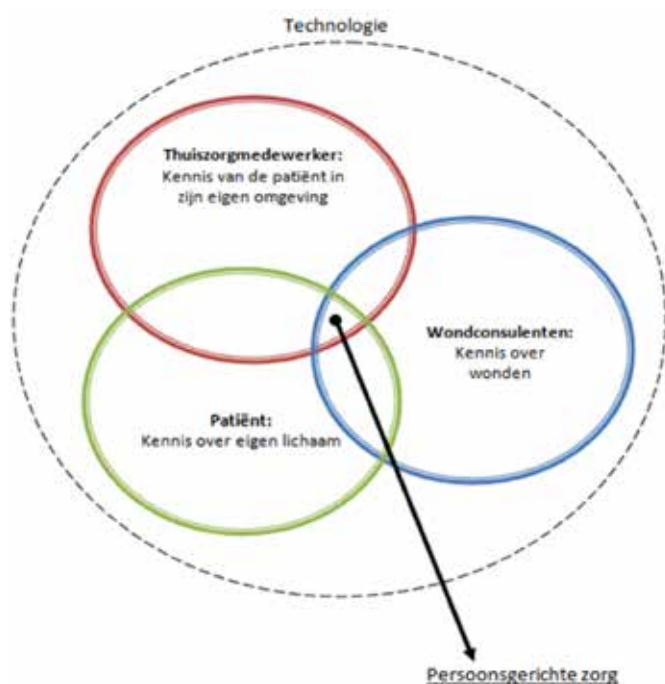
'De spullen zijn een verschil van dag en nacht waar de thuiszorg het mee moet doen.' (respondent 4)

Door FaceTalk zal de kwaliteit van zorg verbeteren, je haalt deskundigheid dichterbij.

Tenslotte kwam naar voren dat het gebruik van FaceTalk de afstemming over wondzorg positief beïnvloedt. De aanwezigheid van thuiszorgmedewerkers bij het bespreken van het wondbeleid zorgde er volgens de respondenten voor dat "er minder langs elkaar heen wordt gewerkt".



Figuur 1. Waarborgen van vertrouwen bij inzet van Face Talk.



Figuur 2. Cirkels tot persoonsgerichte zorg.

Uit de interviews met de zorgmedewerkers kwamen vier thema's naar voren: kennisuitwisseling ten behoeve van persoonsgerichte zorg, persoonlijk contact, tijdsrendement en voorwaarden voor verdere implementatie.

Wat de kennisuitwisseling betreft werd aangegeven dat de drie verschillende perspectieven persoonsgerichte zorg mogelijk maakt (figuur 2). Met FaceTalk wordt het contact als laagdrempelig en snel ervaren, waarmee wondconsulenten hun kans nemen om thuiszorgmedewerkers te coachen. Het rechtstreekse overleg maakt direct antwoord op vragen of onduidelijkheden mogelijk waardoor er minder misverstanden ontstaan. De thuiszorgmedewerkers zagen hun inbreng over de kennis van de patiënt als essentieel voor de afstemming van de zorg op de patiënt in diens eigen thuishituatie. Door patiënten wordt hierbij kennis ingebracht over het eigen lichaam, bijvoorbeeld over pijn en hoe daarmee wordt omgegaan.

'Door FaceTalk zal de kwaliteit van zorg verbeteren, je haalt deskundigheid dichterbij.' (respondent 2, wondconsulent)

'Wij kunnen het totaalplaatje van de patiënt aan de wondconsulent overbrengen.' (respondent 8, thuiszorgmedewerker)

Afgezien van de kennisuitwisseling, werd ook het persoonlijk contact als positief punt genoemd van FaceTalk door de mogelijkheid om patiënt en wondconsulent te kunnen zien in de eigen omgeving.

Verder werd het tijdsrendement van FaceTalk voor de patiënt ten opzichte van het traditionele WEC bezoek als

meerwaarde genoemd. Ook tijdswinst voor wondconsulenten werd echter genoemd omdat deze meer tijd voor complexe casussen zouden overhouden.

'De lijnen liggen door FaceTalk korter; op een gegeven moment weten we precies wie belt.' (respondent 7)

Tenslotte zijn voorwaarden genoemd voor verdere implementatie van FaceTalk. Dit had enerzijds betrekking op beperkingen van FaceTalk wat betreft mogelijkheden voor het plannen van afspraken of het versturen van foto's en anderzijds op inhoudelijke kennis van wondzorg onder thuiszorgmedewerkers.

Conclusie

De ervaringen met FaceTalk en met het waarborgen van de continuïteit van wondzorg door het gebruik van FaceTalk zijn veelal positief bevonden door zowel de patiënten als de thuiszorgmedewerkers. Volgens hen wordt het contact met de wondconsulenten persoonlijker, levert FaceTalk tijdsrendement op, brengt FaceTalk de kennis van de drie partijen bijeen. Dit alles biedt volgens hen toegevoegde waarde om de zorg beter op de patiënt af te stemmen.

Toch is het voor een succesvolle implementatie van FaceTalk, volgens de thuiszorgmedewerkers, wenselijk dat er nog gekeken wordt naar de applicatiemogelijkheden, de benodigde devices en het al dan niet breed inzetten van FaceTalk onder de thuiszorgmedewerkers. De patiënten ervaren ook dat de ingezette devices nog niet naar behoren werken.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van beide deelonderzoeken zijn er drie aanbevelingen aan het WEC gedaan. Zo is het aan te bevelen dat de inzet van FaceTalk beperkt blijft tot één bepaalde groep thuiszorgmedewerkers, zodat de patiënten gedurende de wondzorg steeds dezelfde gezichten zien. De wondconsulenten leren op deze manier ook de wijkverpleegkundigen beter kennen, wat weer belangrijk is voor het coachen. Daarnaast is het aan te raden dat er een aantal interactieve scholingen over wondzorg plaatsvinden, gegeven door de wondconsulenten, om deskundigheid onder thuiszorgmedewerkers te vergroten. Tevens is vervolgonderzoek naar de ervaringen met FaceTalk van beide partijen op lange termijn wenselijk, omdat alleen de ervaringen op korte termijn zijn achterhaald.

Literatuur

1. Facetalk. **Home - Facetalk**. Retrieved September 8, 2017, from <https://facetalk.nl/>
2. Zarchi K, Haugaard V, Dufour D, et al. **Expert Advice Provided through Telemedicine Improves Healing of Chronic Wounds: Prospective Cluster Controlled Study**. Journal of

- Investigative Dermatology, 2015;135(3):895-900.
3. Vowden K, Vowden P A. **Pilot study on the potential of remote support to enhance wound care for nursing-home patients.** Journal of Wound Care, 2013;22(9):481-8.
 4. Sood A, Granick MS, Trial C, et al. **The Role of Telemedicine in Wound Care: A review and analysis of a database of 5,795 patients from a mobile wound-healing center in Languedoc-Roussillon, France.** American Society of Plastic Surgeons, 2016;138(35),248-256.
 5. Moore Z, Angel D, Bjerregaard J, et al. **Literature review.** Journal of Wound Care, 2015b;24(5):14-24.
 6. Kolltveit BCH, Gjengedal E, Graue M, et al. **Telemedicine in diabetes foot care delivery: health care professionals experience.** BMC Health Services Research, 2016;16(135).
 7. Moore Z, Angel D, Bjerregaard J, et al. **The model for assessment of telemedicine (MAST) - evaluation of telemedical solutions.** Journal of Wound Care, 2015c;24(5):10-13.
 8. Evers J. **Kwalitatief interviewen: kunst én kunde.** (2e druk). Den Haag: Boom Lemma; 2015.
 9. Braun V, Clarke V. **Using thematic analysis in psychology.** Qualitative Research in Psychology, 2006;3(2),77-101.

* *Chloé Theologidis, HBO-verpleegkundige VieCuri, Venlo.*
Teatske van der Zijpp, programmaleider Technologie in Zorg en Welzijn van het Lectoraat Persoonsgerichte Praktijkvoering Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid.

Yvonne Siebers, wondconsulent VieCuri en voorzitter V&VN Wondexpertise.

Judith Oud, HBO-verpleegkundige VieCuri, Venlo.