Dialovo

**Van** Lieven De Maesschalck, lector Thomas More, Campus Lier en zorginnovatiemanager, campus Geel

**Referentie** van Houwelingen, C.T.M., Moerman, A.H., Ettema, R.G.A., Kort, H.S.M., ten Cate, O. (2016). Competencies required for nursing telehealth activities: A Delphi-study. *Nurse Education Today*, 39, 50-62.

**Datum** April 2017

**Inleiding en achtergrond**

Technologie in de zorg is niet meer weg te denken en de opmars ervan explodeert. Van technologie wordt ook verwacht dat dit een antwoord geeft op de toegenomen zorgvraag én dat ze zorgt voor de ondersteuning van een alsmaar kleiner wordende populatie zorgverleners. Bij het screenen van het huidig curriculum voor verpleegkundigen, wordt vastgesteld dat verpleegkundigen niet tot onvoldoende worden voorbereid om deze nieuwe technologieën effectief én efficiënt te gebruiken. Dit onderzoek levert een bijdrage door aan te tonen wat er nu juist ontbreekt in het curriculum voor het gebruik van technologie en meer bepaald de ‘telehealth’. Ze leggen de vereiste competenties bloot die kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van het gebruik van ‘telehealth’ door verpleegkundigen. Competenties worden in dit onderzoek omschreven als: “een mix van kennis, attitudes en vaardigheden”.

Een nieuwe benadering in het kader van competenties in gezondheidszorgdomeinen is het gebruik van ‘Entrustable professional activities’ of EPAs. EPAs worden door de auteurs van dit artikel gedefinieerd als 'taken of verantwoordelijkheden die kunnen worden toevertrouwd aan de persoon na een trainingsperiode én wanneer is aangetoond dat er voor deze taken of verantwoordelijkheden een voldoende niveau is bereikt. Er is een belangrijk verschil tussen EPAs en competenties: EPAs zijn taken die kunnen worden verdeeld onder teamleden aan het begin van een dienst. Competenties zijn de benodigde capaciteiten waarover een teamlid moet beschikken voordat hij of zij kan worden toevertrouwd om de EPA zelfstandig uit te voeren. Het concept van de EPA’s was ontworpen om competenties te koppelen aan de klinische praktijk voor leerplanontwikkeling en onderwijs assessment.

Tot nu toe is in de literatuur enkel melding gemaakt van telehealth competenties voor verpleegkundigen via verschillende verpleegkundige standaarden zoals het ‘Tuning Framework in Europe (Tuning project, 2011), the Australian Qualifications Framework (2013), the Amercian Nurses Association (2010) en the World Health Organisation (2009). Doch deze standaarden zijn enkel descriptief in het beschrijven van het belang van telehealth en geven geen concrete invulling én beschrijving van de competenties.

Telehealth technologieën die verpleegkundigen kunnen gebruiken in de thuiszorg omvatten onder andere videoconferencetechnologie (om virtuele huisbezoeken te brengen), monitoringstechnologie (om bv. vitale functies zoals gewicht, bloeddruk, bloedglucose, hartslag… te monitoren; al dan niet via zelfmeting), activiteitenmonitoringstechnologie (bv. bewegingsmelders in en om het huis), alarmeringstechnologie (bv. personenalarm naar verpleegkundigen/mantelzorger(s)) en teleconsultatietechnologie (bv. assessment van een wonde op afstand).

**Doel**

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de competenties met betrekking tot telehealth via het exploreren van de kennis, de vaardigheden en attitudes die verpleegkundigen nodig hebben in het uitvoeren van telehealth activiteiten.

Meer specifiek werd een antwoord gezocht op twee onderzoeksvragen:

1. Welke verpleegkundige EPAs voor telehealth (NT-EPAs) dienen verpleegkundigen te bezitten om thuiswonende patiënten te ondersteunen?
2. Welke kennis, attitudes en vaardigheden moeten verpleegkundigen verwerven voordat ze kunnen worden belast met de NT-EPAs afgeleid uit de eerste vraag?

**Methode**

Dit Nederlandse onderzoek omvat twee fasen: de ontwikkeling van een vragenlijst met alle mogelijke relevante NT-EPAs en vervolgens een Delphi-studie met experten waarbij de ontwikkelde vragenlijst werd gebruikt.

Voor de ontwikkeling van de vragenlijst is vertrokken vanuit een Nederlands beroeps- en opleidingsprofiel voor verpleegkundigen en de hieruit gedistilleerde NT-EPA’s. Dit werd aangevuld met een literatuuronderzoek en resultaten uit vorig onderzoek. Tot slot werden observaties en gestructureerde interviews afgenomen in twee gezondheidszorgvoorzieningen waar verpleegkundigen reeds meer dan acht jaar werken met telehealth.

De deelnemers aan het expertenpanel voor het Delphi onderzoek werden via de telefoon gerekruteerd uit acht scholen voor verpleegkunde, twee ziekenhuizen, elf organisaties voor de thuiszorg en zeven bedrijven in de zorgtechnologie. Via de sneeuwbalmethode werd het panel van de Delphi-studie verder aangevuld, dit hield in dat de reeds betrokken deelnemers andere experten in hun netwerk konden aandragen. Via deze methode wilde men een consensus bereiken over noodzakelijke competenties. In de eerste fase gebeurde dit via een on-line vragenlijst van alle competenties op basis van het literatuuronderzoek. In de tweede fase werden de competenties die meer dan 80% haalden in de eerste fase, besproken. In de derde fase werden deze in een formeel overleg verder besproken om consensus te bereiken in het expertenpanel en werden de telehealth activiteiten gekoppeld aan competenties. Dit overleg nam drie uur in beslag.

**Resultaten**

*Demografische gegevens*

De Delphi methode verliep in drie fasen. In de eerste fase namen 51 personen deel, in de tweede fase waren dit 32 personen en in de derde fase 25 personen. Enkel in de eerste fase namen er twee patiënten deel. De daling van het aantal deelnemers had vooral betrekking op de deelname van verpleegkundigen (gestart met deelname van 32 verpleegkundigen en geëindigd met 13).

*Inhoudelijke bevindingen*

Veertien NT-EPAs werden doorheen het Delphi onderzoek weerhouden als zijnde relevant voor de verpleegkundige praktijk. De consensus tussen de experten voor elke NT-EPAs lag tussen 82 en 100%. Dit betekent dat tussen 82 en 100% van de deelnemers het eens waren over deze NT-EPA’s.

De veertien weerhouden NT-EPAs zijn (term staat tussen haakjes zoals in tabel 3 in bijlage):

1: Ondersteuning van patiënten in het gebruik van technologie (Patiëntenondersteuning)

2: Training van patiënten in het gebruik van technologie als een middel ter versterking van hun sociaal netwerk (Patiëntentraining)

3: Het verstrekken van gezondheidsbevordering op afstand (Gezondheidspromotie)

4: Triage van inkomende gesprekken en alarmen (Triage)

5: Het analyseren en interpreteren van binnenkomende gegevens afkomstig van (automatische) apparaten voor zelf-meting (Data-analyse)

6: Monitoring van lichaamsfuncties en levensstijl (Monitoring)

7: Het verstrekken van psychosociale support (Psychosociale ondersteuning)

8: Het aanmoedigen van patiënten om gezondheidsbevorderende activiteiten uit te voeren (Aanmoedigen)

9: Instrueren van patiënten, zorgverleners op vlak van zelfzorg (Instrueren)

10: Het beoordelen van de capaciteit van de patiënt om telehealth te gebruiken (Beoordelen)

11: Het evalueren en aanpassen van het zorgplan (Evalueren)

12: Coördinatie van de zorg gebruikmakend van telehealth technologie (Coördineren)

13: Onafhankelijke dubbele-check van medicatie met hoog risico (Dubbel checken)

14: Begeleiding en peer consultatie.(Peer consultatie)

Om deze veertien NT-EPAs volledig te kunnen realiseren, bereikte het expertenpanel een akkoord dat er dertien verschillende types van **kennis** nodig waren om telehealth te voorzien, waarvan klinische kennis en procedurale kennis de twee meest voorkomende waren.

Daarnaast werden er twaalf verschillende **attitudes** werden weerhouden. ‘Een houding ten opzichte van zelf-management/empowerment te steunen’ en ‘het gebruik van een ethisch correcte attitude tijdens videoconfercence’ waren het meest frequent geselecteerd door de experten evenals het attitude ‘geduld’. Uit de gecodeerde interviews van patiënten kwam de attitude ‘ethisch besef’ heel sterk naar voor.

Op vlak van **vaardigheden** bereikte men consensus over 27 verschillende vaardigheden. De belangrijkste vaardigheden hier zijn: ‘communicatievaardigheden’, ‘coachingsvaardigheden’, ‘analytische vaardigheden’ en de vaardigheid om ‘klinische expertise effectief te kunnen combineren met telehealth technologie in het nemen van beslissingen’.

(overzicht zie tabel 3 in bijlage)

**Reflectie**

Het onderzoek heeft zijn beperkingen doordat het expertenpanel bijvoorbeeld meer dan gehalveerd is, waardoor er toch aan betrouwbaarheid wordt ingeboet. We kunnen dus aannemen dat deze competenties een indicatie geven en niet noodzakelijk exhaustief zijn. Doch de resultaten zijn wel degelijk interessant en kunnen informatief zijn nu het curriculum voor de professionele bachelor grondig wordt hertekend in functie van een vierjarige opleiding.

Dit onderzoek stelt mij ook gerust. De oplijsting van de specifieke competenties, gekoppeld aan kennis, vaardigheden en attitudes zijn niet nieuw en heel herkenbaar met de competenties die het verpleegkundig onderwijs vandaag reeds nastreeft. Communicatievaardigheden, coachings-vaardigheden, de mogelijkheid om klinische ervaring te combineren met telehealth, klinische kennis, ethisch besef en een ondersteunende houding werden immers als de belangrijkste competenties voor verpleegkundigen gezien om telehealth aan te bieden. Deze bevindingen komen overeen met de resultaten uit eerder onderzoek, waar ook gelijkaardige competenties werden weerhouden (Barakat et al., 2013).

Het interessante uit dit onderzoek is dat het gaat om een onderzoek in Nederland dat net als Vlaanderen bezig is met het uittekenen van een nieuw curriculum van vier jaar waarvan de eerste afgestudeerden, net als in Vlaanderen in 2020 zullen afstuderen. Voor de ontwikkeling van het curriculum in Nederland maakten de experten gebruik van een initiële lijst van 52 competenties. Deze lijst werd ook als uitgangspunt voor dit onderzoek gebruikt. Deze lijst kunnen we opdelen in algemene en specifieke of nieuwe competenties. Dit onderzoek toont aan dat voor ‘telehealth’ vooral een beroep wordt gedaan op generieke competenties zoals competenties met betrekking tot communicatie, klinische expertise, geduld en ethisch besef. Dit is voor mij zeer geruststellend ten tijde van een curriculumhervorming. Velen onder ons zijn vertrokken vanuit de bestaand onderzoek, getoetst aan de praktijk met competenties die uitgezet zijn in leerlijnen, leerdoelen … . Gezien dit onderzoek aantoont dat voor telehealth er geen nieuwe en/of extra nieuwe competenties nodig zijn, biedt dit een geruststelling omdat je weet dat je bij de ontwikkeling van het curriculum vandaag, je (normaal gezien deze competenties reeds insluit in je curriculum), en je zo reeds anticipeert op de introductie van telehealth. Bij het oefenen in klas, labo of de praktijk, volstaat het dan om een extra alertheid in te bouwen om deze generieke competenties ook in het ‘technologische’ domein te duiden naar de studenten, zodat de studenten alert worden gemaakt op het inzetten van deze competenties in telehealth. Toch zou ik nog iets verder gaan, gezien dit onderzoek wel duidelijk maakt dat je best een (zeer bewuste) check doet van je curriculum omdat je deze competenties ook expliciet moet duiden naar de studenten toe. Het gevaar bestaat immers, indien je dit impliciet doet en/of het overlaat aan de individuele docent, dat de studenten dit niet oppikken, gezien zij dit niet spontaan doen. Om de oefening dus expliciet te doen is tabel 3 (in bijlage) uit artikel zeker bruikbaar en hulpvol.

Ook de specifieke en nieuwe competenties lijken mij niet zo nieuw te zijn. Neem nu volgende voorbeelden van competenties: ‘Is in staat om duidelijk te communiceren in videoconferencing', 'weet wat te doen om contact te verbeteren, bijvoorbeeld: het gebruik van de stem, licht, achtergrond', en 'kennis over wat te doen als de technologie niet werkt '. Deze zijn niet onoverkomelijk en ook niet totaal nieuw, temeer omdat er binnen de opleiding werk wordt gemaakt van nieuwe werkvormen waar studenten met bv. ‘videoconference’ worden geconfronteerd. Bovendien kunnen deze competenties ook reeds in een vooropleiding geactiveerd en/of verworven zijn.

De veertien activiteiten (NT-EPAs) en bijbehorende competenties die aan het licht gekomen zijn in dit onderzoek kunnen worden gebruikt voor de opleiding én voor de evaluatie. De beschrijving van de activiteiten geeft inzicht in de manier waarop telehealth kan worden geïntegreerd in de dagelijkse zorg. Voordat aan verpleegkundigen en studenten verpleegkunde een van de activiteiten kan worden toevertrouwd, moeten ze aantonen dat ze over de vereiste kennis, attitudes en vaardigheden beschikken.

Tot slot is deze eerste aanzet zeker klinisch relevant, gezien telehealth nog in zijn kinderschoenen staat en ongetwijfeld verder ontwikkeld zal worden. Dit heeft onder andere te maken met de toename van chronische zorg waar dit soort technologie voornamelijk wordt ingezet. Van het gezondheidszorgbudget gaat immers 75% naar chronische zorg (KCE REPORT 190As). Dit betekent dat het merendeel van onze afgestudeerden zullen worden ingezet in de zorg voor chronische patiënten en dit in elke setting (intra én extra muraal).

**Referentie**

Barakat, A.,Woolrych, D.R., Sixsmith, A., Kearns, D.W., Kort, H.S.M., 2013. eHealth technology competencies for health professionals working in home care to support older adults to age in place: outcomes of a two-day collaborative workshop. Med 2.0 2 (2), e10. <http://dx.doi.org/10.2196/med20.2711> .

KCE Report 190 As. Te dowmloaden via: <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/position-paper-organisatie-van-zorg-voor-chronisch-zieken-in-belgië#.WQCEdaKkKUl>