

Onderzoeksrapport:

**De ontwikkeling van een blauwdruk voor een
methodiek doelgerichte zorg en
preliminair implementatieonderzoek in de Alivia
pilootprojecten**

In opdracht van

Dit rapport kwam tot stand in samenwerking met de volgende partners, verenigd in de Academie Voor de Eerste Lijn*:



Vakgroep revalidatiewetenschappen

Onderzoeksgroep Ergotherapie

Prof. dr. Dominique Van De Velde, onderzoeksleider.
dr. Ine Huybrechts.

Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens.
Prof. Dr. Peter Pype.
Dr. Justin Gouhie.



Expertisenetwerk Gezondheid en Zorg

Eline Deblaere.
Prof. dr. Patricia De Vriendt.



Vakgroep huisartsgeneeskunde en bevolkingsonderzoek

Prof. dr. Sibyl Anthierens.



LUCAS – Centre for Care Research and Consultancy

Center for Sociological Research

Prof. dr. Anja Declercq.
Charlotte Libbrecht.

Uitgevoerd in opdracht van het Department Zorg van de Vlaamse overheid**



*De Academie voor de Eerste Lijn wordt gefinancierd door het fonds Daniël De Coninck beheerd door de Koning Boudewijnstichting,

**Dit onderzoeksproject werd gefinancierd door de Vlaamse overheid.

Inhoudsopgave

1	Situering.....	1
2	Methoden.....	6
3	Resultaten.....	11
4	Discussie en aanbevelingen	43
5	Conclusie	48
6	Bijlage	49

1 Situering

1.1 Algemene context en nieuwe modellen voor zorg en welzijn

Het zorg- en welzijnslandschap evolueert continu. Dit brengt meerdere uitdagingen en fundamentele vraagstukken met zich mee waarop we op heden nog geen pasklaar antwoord hebben. Vooraleer we verder ingaan op de learnings uit het pilootproject van Alivia, kaderen we hoe Alivia zich positioneert binnen de ontwikkelingen in de eerstelijnsgezondheidszorg, met specifieke focus op geïntegreerde zorg, interprofessioneel samenwerking en zorgcoördinatie.

Omwille van de leesbaarheid is doorheen dit rapport ervoor gekozen om de term “hulpverlener” te gebruiken om alle personen die in het zorg- of welzijnsproces van de PZON zijn vertegenwoordigd te benoemen. Voor het aangeven van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood gebruiken we systematisch het woord “PZON”. Het woord “zorgteam” verwijst naar het zorg- en ondersteuningsteam (formele en informele hulpverleners, inclusief mantelzorgers) rondom de PZON, waar de PZON zelf integraal deel van uitmaakt.

Contextschets, noden en uitdagingen

In België/Vlaanderen verklaart meer dan één op drie mensen van 65 jaar en ouder aan minstens twee ernstige chronische aandoeningen te lijden (Gezondheidsenquête 2018). Deze mensen leven niet alleen mét meerdere chronische aandoeningen, ze ondervinden vooral bijkomende psychische, sociale en economische uitdagingen in een vaak weinig ondersteunend netwerk. De organisatie van zorg en welzijn wordt door de PZON zelf en de betrokken hulpverleners als complex beschouwd.

In een traditioneel ziekte-gericht zorgmodel, voelen deze PZON zich vaak gefrustreerd, overweldigd en ontevreden omdat het aanbod niet aan hun complexe behoeften voldoet. Dit leidt verder tot inefficiënte, ondoeltreffende en mogelijk schadelijke interventies. De laatste jaren is het echter duidelijk geworden dat er via coördinatie vanuit de eerste lijn goede oplossingen mogelijk zijn om aan deze complexe zorgnoden te voldoen. Hierbij treedt het geïntegreerde en doelgerichte zorgmodel meer en meer op de voorgrond. Deze modellen worden gekenmerkt door het bieden van ondersteuning die rekening houden met een holistische kijk op de PZON en zijn/haar/hun levensdoelen. Ook reiken deze modellen verder en hebben ze betrekking op zowel hulpverleners, zorgverleners en de omgeving van de PZON (bv. mantelzorgers). Dit meer inclusieve zorgmodel verlangt een continue afstemming en samenwerking tussen al deze verschillende betrokkenen.

Shift naar een nieuw zorg- en ondersteuningsmodel

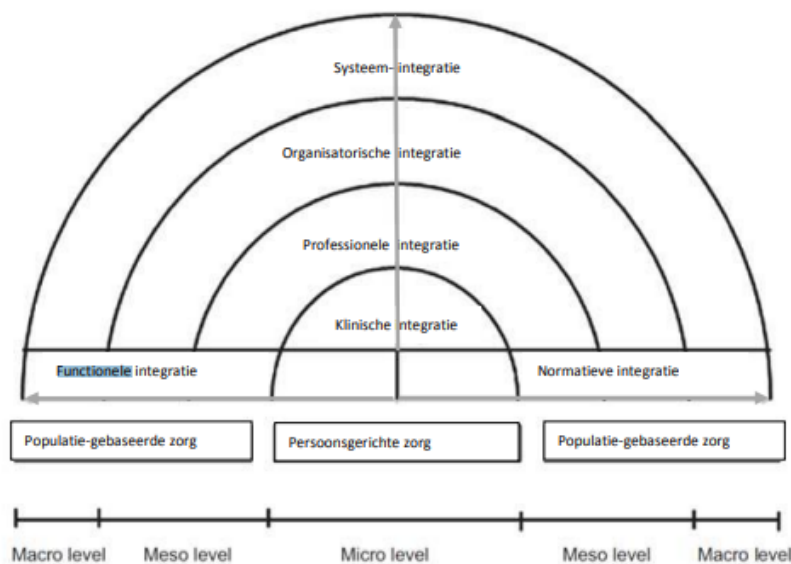
1.2 Geïntegreerde zorg en interprofessioneel samenwerken

Geïntegreerde zorg is een breed begrip, gaande van gezondheidspromotie en ziektepreventie, tot diagnose, behandeling, langdurige opvolging en revalidatie tot palliatieve zorg. De zorg wordt afgestemd op de behoeften van de PZON. Dit impliceert niet alleen een coördinatie van alle actoren binnen de gezondheidszorg (over de verschillende lijnen heen) maar ook daarbuiten, met inbegrip van de sociale- en welzijnssector. Er zijn verschillende drempels en prioriteiten beschreven om tot betere geïntegreerde zorg te komen in de Belgische en Vlaamse context (KCE 2022).

Het Regenboogmodel van Valentijn (figuur 1) is een frequent geciteerde model om geïntegreerde zorg te visualiseren en acties op verschillende niveaus te beschrijven. Doorheen deze verschillende niveaus worden er twee types van integratie geïdentificeerd: functionele integratie en normatieve integratie.

Functionele integratie betreft de integratie van systemen en structuren terwijl normatieve integratie verwijst naar het afstemmen van normen, waarden en perspectieven. Normatieve integratie zorgt dus voor coherentie en consensus over de passende zorg- en hulpverlening. Deze types integratie vinden plaats doorheen de verschillende niveaus van het model (nl. de regenboog) om tot geïntegreerde zorg te komen. Hoe komen we nu tot geïntegreerde zorg op deze verschillende niveaus?

Figuur 1 Regenboogmodel voor Geïntegreerde Zorg



Op beleidsniveau moet het zorgbeleid en zorgsysteem goed afgestemd worden met alle overheden en organisaties. Daarnaast is het van belang dat de eerstelijnszorg en de samenwerking tussen hulpverleners versterkt wordt. Er is een multidisciplinair samenwerkend netwerk rond de PZON nodig met actoren uit de preventieve, somatische en geestelijke gezondheidszorg, maar ook uit de sociale sector en de sector van de gezins- en familiehulp. Dit aspect krijgt steeds meer aandacht in onderwijs en continue professionele navorming door het ontwikkelen van interprofessionele competenties (IPEC-kader, figuur 2).

Figuur 2: IPEC Core Competencies for interprofessional collaborative practice: version 3 (2023) [Link](#)



In een team-gebaseerde zorgstructuur met hulpverleners over verschillende organisaties en lijnen heen, moet er op een efficiënte en open manier met elkaar samengewerkt worden om de hoogste mogelijke kwaliteit van zorg te leveren. In de praktijk brengt dit echter nog wat moeilijkheden met zich mee. Zo hebben zorg- en welzijnsverstrekkers moeite om elkaar te vinden en weten ze op heden nog onvoldoende “wat ze aan elkaar hebben”, alsook is er een gebrek aan kwaliteitsvolle informatie-uitwisseling.

1.3 Doelgerichte zorg

Doelgerichte zorg plaatst de levensdoelen en waarden van de PZON centraal. De focus ligt niet op het probleemgerichte aspect, de chronische ziekte en kwaliteitsindicatoren of uitkomstmaten. In plaats van te focussen op ziekte, richt deze benadering zich op wat écht belangrijk is in het leven van de PZON. Door gezondheid te definiëren in termen van persoonlijke levensdoelen, worden zorgbeslissingen en -plannen afgestemd op wat waardevol is voor de persoon zelf. Deze aanpak draagt bij aan een betere kwaliteit van zorg, meer kostenefficiëntie, alsook een hogere tevredenheid bij zowel zorgvragers als zorgverleners. Binnen geïntegreerde zorg fungeert doelgerichte zorg als een normatieve facilitator (cfr. Regenboogmodel van Valentijn) omdat het de PZON centraal stelt in complexe zorgsituaties. Door levens- en zorgdoelen expliciet te benoemen ontstaat een gemeenschappelijke taal binnen het interprofessioneel team, wat leidt tot betere samenwerking, duidelijke communicatie en sterkere onderlinge relaties. Dit maakt zorgplannen niet alleen beter beheersbaar, maar versterkt ook de autonomie van de PZON en de vertrouwensband met zijn/haar hulpverleners.

Doelgerichte zorg vraagt om een fundamentele verandering in denken en handelen bij professionals, PZON en hun informele hulpverleners. De mate van eigen regie van de PZON moet steeds in overleg worden bepaald: hoeveel beslissingen kan en wil iemand zelf nemen. Hulpverleners blijven hierin een cruciale rol spelen, door een balans te vinden tussen keuzevrijheid en gepaste ondersteuning op maat.

1.4 Het nieuwe digitale zorg- en ondersteuningsplan: Alivia als tool voor doelgerichte zorg en interprofessioneel samenwerken

Alivia is het digitaal zorg- en ondersteuningsplan dat naar aanleiding van deze evoluties binnen het zorg- en welzijnslandschap ontwikkeld werd door de Vlaamse Overheid. Het is een gedeeld platform dat interprofessioneel samenwerken, zorgcoördinatie en zorgcontinuïteit bevordert. Het multidisciplinair netwerk stelt hierbij op eenvoudige wijze zorgplannen op, waarin zij doelstellingen bepalen, taken verdelen en informatie uitwisselen.

Alivia is gebaseerd op de principes van doelgerichte zorg, waarbij het vertrekpunt steeds de levensdoelen van de PZON zijn. Hierdoor wordt een persoonsgerichte focus bekomen. De PZON krijgt met Alivia een duidelijker overzicht over het eigen zorgplan en zorgteam en heeft deze toegang tot alle gedeelde informatie. Bovendien wordt de PZON actief betrokken en heeft deze een beslissende stem in de keuzes die gemaakt worden. In Alivia staat de PZON altijd centraal: wat vindt de PZON zelf belangrijk in de dagelijkse situatie? Wat is hiervoor nodig? En wie neemt welke taken op zich? Daarnaast poogt Alivia algemene communicatie, planning en coördinatie tussen de verschillende betrokkenen vlotter te laten verlopen, zodat de verwachtingen steeds duidelijk zijn voor iedereen.

Wanneer we Alivia situeren op het Regenboogmodel van Valentijn, dan zien we dat Alivia een functionele tool is die zowel op het professionele, klinische als organisatorische niveau kan zorgen voor integratie. Dit gebeurt door zorgplannen en levensdoelen transparant te maken en samenwerking te vergemakkelijken, maar ook door coördinatie, taakverdeling en planning tussen hulpverleners te stroomlijnen. Dit helpt organisaties om efficiënter samen te werken en integratie in de zorgprocessen te bevorderen.

Daarnaast heeft Alivia ook normatieve elementen, omdat het expliciet de levensdoelen van de PZON centraal stelt en samenwerking structureert rond wat voor de persoon zelf belangrijk is. Daarmee overstijgt het puur functionele integratie en draagt het bij aan een gedeelde visie binnen het zorgteam. Op deze manier wil Alivia zorgen voor “een echt én hecht zorgteam” en wenst het instrument in te spelen op het bevorderen van een interprofessionele, doelgerichte samenwerking.

Situering van de ontwikkeling van Alivia

In Vlaanderen en België zijn er beleidsmatig vele initiatieven en projecten om geïntegreerde en doelgerichte zorg uit te rollen, bijvoorbeeld de Conferentie Eerstelijnszorg 2017, het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde zorg 2023 en de Vlaamse Beleidsnota 2024-2029. Bijkomend zet het beleid sterk in op het digitaliseren van medische gegevens en ICT-platformen om het uitwisselen van data, volgens strikte GDPR-richtlijnen te faciliteren (vb. elektronische Medische Dossiers, Vitalink, Recip-e, ...). Daarnaast is er ook het Protocolakkoord BelRAI 2018; het Vlaams regeerakkoord 2019-2024 waarin o.a. staat dat instrumenten zoals de BelRAI tot doel hebben om bij te dragen aan meer persoonsgerichte zorg en de implementatie van BelRAI uit te voeren.

Er zijn echter nog een aantal vraagstukken met betrekking tot de shift naar het nieuwe zorg- en ondersteuningsmodel. De actuele rollen en overlegvormen volstaan mogelijks niet meer. Er is een vraag naar meer duidelijkheid over het inzetten van zorgcoördinatie en casemanagement. Hulpverleners zoeken naar alternatieven voor klassieke overlegmomenten zoals MDO, zodat bv afspraken via een asynchroon communicatiekanaal kunnen gebeuren. Dit zijn zaken die het beleid verder uit dient te klaren op de verschillende niveaus (micro-meso-macro).

Pilootprojecten Alivia 1.0

Om na te gaan hoe de implementatie van Alivia in het Vlaamse landschap vormgegeven kan worden, werd dit instrument gedurende zes maanden gepiloteerd in twee regio's: regio Antwerpen en regio Zuid-West-Vlaanderen (zie: 2 Methodes). Deelnemers kregen gedurende de looptijd van het project toegang tot het Alivia platform, waarbij zij alle functionaliteiten van Alivia 1.0 gebruikten en uittestten. Deze pilootprojecten omvatten een opleiding doelgerichte zorg, alsook een etnografische studie m.b.t. de implementatie. Het huidige rapport beschrijft de behaalde resultaten binnen de verschillende werkpakketten van het pilootproject:

1. Ontwikkelen van een blauwdruk rond doelgerichte zorg en ondersteuning, met bijhorend vormingspakket voor de betrokkenen in de pilootprojecten Alivia
2. Continu in kaart brengen van alle betrokkenen bij de pilootprojecten Alivia
3. Het verwerven van een duidelijk beeld over de realisaties doorheen het ontwikkelingstraject van Alivia en zicht krijgen op de dagelijkse werking in de pilootprojecten Alivia
4. Het gedetailleerd in kaart brengen van de verschillende doorlopen zorgprocessen met de geïncorporeerde PZON in de pilootprojecten Alivia, met oog voor de kwaliteit van de blauwdruk en de bijhorende vorming uit werkpakket 1
5. Identificatie van alle implementatiefactoren uit de pilootprojecten voor een verduurzaming van het gebruik van de blauwdruk, vorming en Alivia zelf
6. De organisatie van een terugkoppeling naar de zorgaanbieders over de bevindingen uit de eerder genoemde werkpakketten

Een belangrijke nuance bij dit rapport is dat veel algemene uitdagingen en fundamentele vraagstukken uit de praktijk ook binnen de Alivia-pilootprojecten werden waargenomen (zie: 1.1 Algemene context en nieuwe modellen voor zorg en welzijn). Hoewel deze kwesties buiten de scope van dit rapport vallen en de Alivia-case overstijgen, wordt hun impact op de mogelijke implementatie van Alivia wel meegenomen in deze studie

2 Methoden

2.1 Blauwdruk doelgerichte zorg en ondersteuning: vormingspakket

Ter ondersteuning van het implementatieproces werd in dit project een blauwdruk voor een doelgerichte zorg en ondersteuning ontwikkeld op basis van de vijf fasen uit het BVR (figuur 3). Deze blauwdruk werd gebruikt als basis voor de opleiding van de participerende zorgteams in de Alivia pilootprojecten. De blauwdruk werd voorgelegd aan een stakeholdersgroep voor feedback.

De vijf fasen uit de blauwdruk en het BVR worden in de praktijk beschouwd als een iteratief proces, in tegenstelling tot het lineaire traject van de opleiding. De opleiding had twee doelstellingen: het versterken van de normatieve integratie en het verfijnen van de competenties van de deelnemers. Dit opleidingstraject volgde de principes van High Impact Learning that Lasts (HILL) en maakte gebruik van casussen uit zowel zorg als welzijn, reflectievragen en intervisiemomenten. Deze reflectieve methodiek is een essentieel onderdeel van doelgerichte zorg. De vijf fasen en bijhorende opleidingsthema's zijn weergegeven in Tabel 1.

Figuur 3 Fasen in het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan als basis voor de blauwdruk voor opleiding doelgericht zorg binnen het Alivia pilootproject.



De vijf fasen worden beschouwd als een iteratief proces, eerder dan een lineair traject

Tabel 1 Inhoudelijke thema's van doelgerichte zorg in de structuur van de vijf fasen van het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan

Fase	Kernwoord	Inhoud
Fase 1	Vraagverheldering	Goal-elicitation en goal setting Het 'andere' gesprek voeren Tools voor doelgerichte zorg
Fase 2	Verzamelen van informatie en samenstellen zorgteam	Welke informatie is nodig, waar kan je de informatie vinden, hoe werken met een sociale kaart, welke informatie kan je uit BelRAI halen, welke informatie kan je uit het "andere" gesprek halen, welke informatie leveren de tools, hoe kan informatie in een zorg- en ondersteuningsplan opgenomen worden

Fase 3	Opstellen en valideren van het zorg- en ondersteuningsplan	Hoe ga je van levensdoelen naar zorgdoelen, hoe en wanneer wordt een zorgteam samengesteld, hoe voer je de “andere” gesprekken
Fase 4	Implementatie- en opvolgingsfase	Wat is belangrijk in de opvolging, hoe communiceer je met het zorgteam, wat zijn rode vlaggen (adverse events), enz.
Fase 5	Afsluiten van het zorgplan	Wanneer is een zorgplan afgewerkt, welke termijnen moeten gerespecteerd worden, enz.

Ter voorbereiding van de opleidingsmomenten werden er kennisclips ontwikkeld door de Academie voor de Eerste Lijn. De kennisclips werden gebaseerd op de training doelgerichte zorg van VIVEL en gedeeld via een publiek toegankelijke website. Er werden vijf clips of modules ontwikkeld. Het hoofdthema is ‘doelgerichte zorg’. De vijf fases werden benoemd en de inhoud werd gekoppeld. Daarnaast werd aandacht gegeven aan de kerncompetenties voor doelgericht samenwerken.

Tabel 2 Inhoudelijke thema's van de 5 opleidingsmodules

Module	Inhoud	Link
Fase 1	In deze video verduidelijken we fase 1, de vraagverheldering, aan de hand van de casus van Martin.	Module 1
Fase 2	Informatieverzameling en samenstelling van het team. Welke mensen, middelen en acties zijn al aanwezig? Moet de samenstelling van het team op basis van de wensen van Martin gewijzigd worden?	Module 2
Fase 3	In deze fase splitsen we de zorg- en ondersteuningsdoelen en activiteiten op en toetsen we ze af aan de onderliggende waarden van Martin, met als doel tot kwalitatieve zorg te komen.	Module 3
Fase 4 en 5	In fase 4 gaan we het zorg- en ondersteuningsplan uitvoeren waarbij we continu reflecteren: is dit belangrijk voor de persoon zelf? Waar nodig gaan we naar één van de vorige fasen. Fase 5: Afsluiten van het zorgplan Bij personen met een langdurige zorg- en ondersteuningsnood zal dit niet snel gebeuren, aangezien er een blijvende hulpvraag is. Indien er geen blijvende hulpvraag aanwezig is, kan geopteerd worden om het zorg- en ondersteuningsplan af te ronden.	Module 4
Competenties doelgericht samenwerken	Deze video overloopt de kerncompetenties die nodig zijn om doelgericht samen te werken: waarden en normen; rollen en verantwoordelijkheden, communicatie en teamwerking.	Module 5

Er werden aanvullende kennisclips ontwikkeld voor de eindgebruikers van Alivia 1.0. Het doel hiervan is om de eindgebruikers de functionaliteiten van Alivia te laten bekijken vanuit een doelgerichte benadering.

Tabel 3 Aanvullende kennisclips

Module	Inhoud	
Module 1	Wat is Alivia?	Link
Module 2	Aanmelden en Opstart	Link
Module 3	Levensdoelen	Link
Module 4	Zorgteam	Link
Module 5	Zorgdoelen	Link
Module 6	Zorgschrift	Link
Module 7	Zorgtaken	Link

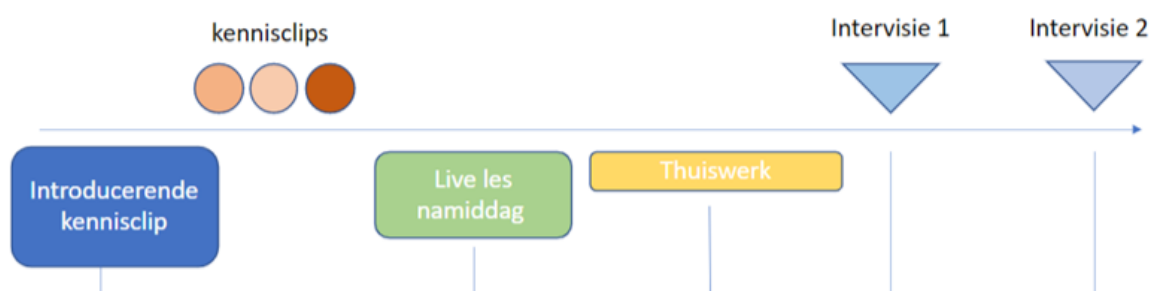
Opleidingstraject Doelgerichte Zorg

Elke regio kreeg een gestructureerd opleidingstraject, bestaande uit:

- Drie live sessies (3x3 uur)
- Een online vraag-en-antwoord-sessie (1 uur)
- Twee thuiswerkopdrachten

Tijdens de opleidingsmomenten stonden de basishouding en basisprincipes van doelgerichte zorg centraal. Dit werd overgebracht via een praktische, thematische training en casusbesprekingen, aangevuld met reflectie en intervisie. De thuiswerkopdrachten richtten zich op de toepassing van specifieke methodieken, zoals *het andere gesprek* en het opsplitsen van levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken. Dit hielp de deelnemers om doelgerichte zorg concreet te vertalen naar hun dagelijkse praktijk. De online vraag-en-antwoord-ronde (via Teams-sessie, 1 uur) bood ruimte voor methodologische en technische vragen over doelgerichte zorg, Alivia en het onderzoeksproject. Stakeholders en eindgebruikers (incl. PZON) uit het pilootproject kregen de kans om de opleiding samen te volgen. Daarnaast konden inhoudelijke vragen gesteld worden via een centraal aanspreekpunt en organiseerde het team een extra sessie specifiek voor huisartsen. Alivia-coaches fungeerden als rolmodel voor doelgerichte zorg.

Figuur 4 Structuur van opleidingsaanbod voor de deelnemers van de Alivia pilootprojecten.



Tabel 4 Overzicht opleiding en intervisiemomenten

	Thema	Materiaal
Opleidingsdag 1	Vijf fasen van het zorg- en ondersteuningsplan	Casusbespreking, steekkaarten met reflectievragen en handvaten per fase
Intervisie 1	Levensdoelen, zorgdoelen, mensen en middelen	Huiswerkopdracht, introductie a.d.h.v. presentatie, intervisie a.d.h.v. eigen cases.
Intervisie 2	Het andere gesprek	1 op 1 gesprek met je buur, doelgericht gesprek bij zorgmijders

2.2 Onderzoeksdesign: combinatie van etnografische studie en diepte-interviews

Deze studie brengt het traject dat de PZON doorloopt binnen de Alivia pilootprojecten in kaart. Hiervoor werd in eerste instantie een etnografische onderzoeksmethode gehanteerd, waarbij de onderzoeker zich onderdompelt in een sociale context en data verzamelt door middel van observaties in de praktijk¹. Deze methode biedt een diepgaand inzicht in de interacties binnen zorgteams en hoe Alivia wordt toegepast. In tegenstelling tot klassieke kwalitatieve methoden maakt een etnografische benadering een gerichte focus mogelijk op specifieke gebeurtenissen binnen een bepaalde setting². Dit draagt bij aan een beter begrip van de contextfactoren die het gebruik van Alivia beïnvloeden en ondersteunt de formulering van verbeterpunten en feedback. Tevens stimuleert deze methode reflectie en brengt het ‘hidden practices’ in kaart, namelijk impliciete of onuitgesproken praktijken binnen de zorgverlening³. De observaties werden in tweede instantie aangevuld met individuele diepte-interviews waardoor de waargenomen interacties verder konden worden uitgediept op basis van ervaringen, interpretaties en perspectieven van de deelnemers aan het Alivia project. Door methodologische triangulatie, waarbij zowel etnografische observaties als diepte-interviews werden toegepast, werd een genuanceerd en diepgaand inzicht verkregen.

2.2.1 Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats binnen de twee pilootregio's van Alivia: Antwerpen en Zuid-West-Vlaanderen. De rekrutering gebeurde via een purposive sampling, waarbij de Alivia coach en inclusieverantwoordelijken een sleutelrol speelden bij het betrekken van de PZON en het vastleggen van de observatiemomenten. Van de 20 vooraf geselecteerde cases per regio werden bij verschillende geïnccludeerde teams meerdere observatiemomenten bijgewoond. De onderzoekers streefden ernaar om alle fasen van het zorgtraject (vraagverheldering, actualiseren benodigde informatie, planning zorgteam, opstellen en valideren van het zorg- en ondersteuningsplan, feedback tot het afsluiten van het plan) verschillende keren te observeren. In de praktijk lopen deze fasen vaak in elkaar over. Daarom werd na elke observatie geregistreerd welke fase(n) werden gedocumenteerd.

De observaties en diepte-interviews werden uitgevoerd door twee onderzoekers met ervaring in kwalitatieve onderzoeksmethoden: ED voor regio Zuid-West-Vlaanderen en IH regio voor Antwerpen. De studie hanteerde een gestructureerde observatieleidraad (zie: bijlage I) en een semi-gestructureerde interviewgids (zie: bijlage II) waardoor systematische en consistente dataverzameling

¹ Greenhalgh T, Swinglehurst D. Studying technology use as social practice: the untapped potential of ethnography. BMC medicine. 2011;9:1-7.

² Murchison J. Ethnography essentials: Designing, conducting, and presenting your research: John Wiley & Sons; 2010.

³ Black GB, van Os S, Machen S, Fulop NJ. Ethnographic research as an evolving method for supporting healthcare improvement skills: a scoping review. BMC medical research methodology. 2021;21:1-12.

gewaarborgd werd. Tijdens de observaties werden gedetailleerde veldnota's gemaakt waarin handelingen, interacties en contextgegevens systematisch werden vastgelegd. Vervolgens werden deze ruwe notities uitgebreid tot volledige veldnota's waarbij de geobserveerde gebeurtenissen in events werden geordend en voorzien van ruwe codes (zie bijlage I). De observaties en interviews vonden plaats tussen mei en oktober 2024. Observaties vonden steeds live plaats; interviews vonden plaats online via Microsoft Teams, telefonisch, of live op een door de respondent gekozen locatie. Alle interviews werden audio-opgenomen en/of letterlijk (ad verbatim) getranscribeerd voor verdere analyse.

2.2.2 Data-analyse

De resultaten werden thematisch geanalyseerd⁴, ondersteund door de software NVivo 12 ©. Een deductieve analyse werd gedaan, allereerst op basis van de gedetailleerde veldnota's die kort na de observatiemomenten werden neergeschreven (zie bijlage I: Tabel 8 Overzicht ruwe codering van data). Een aanvullende codering gebeurde inductief, waarbij bijkomende thema's en events werden geïdentificeerd. Hierbij werkten de twee hoofdonderzoekers (ED & IH) eerst afzonderlijk en vervolgens werden de coderingen naast elkaar geplaatst ter validatie. Daarnaast werd de data een tweede maal deductief geanalyseerd, op basis van de attributen vooropgesteld in Rogers' Diffusion of Innovations Theory (zie: Tabel 7 Overzicht codering op basis van attributen). Hiervoor gebruikten we een sensitizing-concept benadering⁵, waarbij de attributen een referentiekader en richting boden om de faciliterende en belemmerende factoren voor implementatie te identificeren. Peer debriefing met het bredere, multidisciplinaire onderzoeksteam gebeurde om verder te exploreren of de resultaten in lijn liggen met hun expertise en begrip van doelgerichte zorg en de implementatie ervan.

2.2.3 Ethiek en instemming tot deelname

Deze studie is goedgekeurd door het Ethisch Comité Universiteit Gent / Universitair Ziekenhuis Gent (referentie: ONZ-2024-0123). Bij een eerste observatiemoment overliep de onderzoeker de informatiebrief voor deelnemers en legde het doel van de studie uit, alsook de duur, de procedure, het studieverloop en informatie over de verwerking van persoonsgegevens. Alle participanten kregen mondelinge en schriftelijke informatie over de studie en ondertekenden het toestemmingsformulier voor deelnemers (met verschillende versies voor PZON, mantelzorgers en de zorgprofessionals). Alle data werden na verzameling door de onderzoekers geanonimiseerd door het gebruik van pseudoniemen.

⁴ Hackett PM. The declarative mapping sentence as a framework for conducting ethnographic health research. *Handbook of Ethnography in healthcare research*: Routledge; 2020. p. 80-93

⁵ Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International journal of qualitative methods*, 5(3), 12-23.

3 Resultaten

3.1 Blauwdruk doelgerichte zorg en ondersteuning

De finale blauwdruk van de methodiek voor de realisatie van doelgerichte zorg, is opgebouwd aan de hand van de vijf fasen van het BVR (zie: 2 Methoden). Bijkomend werden handvaten en reflectievragen toegevoegd om de implementatie van de basishouding te ondersteunen.

Er werd heel wat feedback verzameld bij verschillende stakeholders i.v.m. de verdere uitbouw van de blauwdruk en opleiding. Een synthese van de meest voorkomende bemerkingen en thema's:

- Maak ruimte voor de gezinsbenadering/ het referentiekader van FQOL: zowel in de opleiding als in Alivia
- Wees aandachtig voor de paradigmashift naar de Patient As Partner Approach (PAPA): ook bij de definitie van interprofessioneel samenwerken
- Wees aandachtig voor toegankelijkheid: op welke manier kan de werkwijze van doelgerichte zorg toegankelijk gemaakt worden (voor o.a. anderstaligen, personen met verstandelijke beperking,...)? Laat hier ruimte voor in de opleiding
- Besteed voldoende aandacht aan de basishouding van de teamleden. Denk aan: betrouwbaarheid, interprofessionele communicatie skills, cultuur sensitief handelen, ...
- Wees aandachtig voor empowerment van de PZON

De opleiding werd op basis van deze input en de eerder beschreven methodiek, verder uitgewerkt en uitgerold. Deelnemers gaven over het algemeen aan, enthousiast te zijn over de ontvangen opleiding. Vooral de intervisiemomenten waarbij de deelnemers onderling handvaten en tip en tricks konden uitwisselen, werden als waardevol aanschouwd. Daarnaast lijkt het ook belangrijk om de methodiek te doen "leven" in de eigen organisatie en de mogelijkheid te hebben om de methodiek te kunnen "uittesten". Bijvoorbeeld: na de basisopleiding werd bij organisatie X een zorgoverleg ingepland, waar men levensdoelen etc. formuleerde. Het kunnen aftoetsen van deze bevindingen, onzekerheden en ervaringen op een volgend intervisiemoment, was dan een meerwaarde voor hen.

De praktijkvoorbeelden uit de basisopleiding bleven het meest hangen bij de deelnemers. Deze realistische casussen zorgden voor herkenning en maakten het geleerde beter toepasbaar. Daarnaast werden de oefeningen rond het uitsplitsen van levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken als bijzonder waardevol ervaren, omdat ze hielpen deze drie complexe concepten beter van elkaar te onderscheiden. Ook vaak gebruikte voorbeeldzinnen en gespreksopeners kwamen later regelmatig terug in de praktijk.

Ondanks deze positieve bevindingen blijft het opstellen van doelen voor veel deelnemers een uitdaging. Verdere ondersteuning op dit vlak kan daarom wenselijk zijn.

3.2 Preliminair implementatieonderzoek

Overzicht van de geïnccludeerde cases

In het eerste Alivia-pilootproject werden 19 cases geïnccludeerd in Antwerpen en 23 in Zuid-West-Vlaanderen. De onderstaande tabel toont aan welke cases we bereikten (via etnografisch onderzoek, diepte-interviews of andere kanalen) en het gebruik van Alivia binnen deze zorgteams.

Tabel 5 Overzicht geïnccludeerde cases pilootregio Antwerpen

CASE	Gebruik Alivia			Dataverzameling		
	Ingelogd?	Ingevuld?	Communicatie?	Observatie?	Interview?	Overige?
ANT01	X	X	X	-	X	-
ANT02	-	-	-	-	-	X
ANT03	X	X	X	-	X	X
ANT04	X	X	X	-	X	X
ANT05	X	X	X	-	-	X
ANT06	X	X	X	-	-	X
ANT07	X	X	X	-	-	X
ANT08	X	?	?	-	-	X
ANT09	X	?	?	-	-	X
ANT10	?	?	?	-	-	X
ANT11	?	?	?	-	-	X
ANT12	X	X	X	-	X	-
ANT13	X	X	X	-	X	-
ANT14	X	X	X	X	-	-
ANT15	X	X	-	X	-	-
ANT16	X	-	-	X	-	-
ANT17	X	X	X	-	-	X
ANT18	X	X	X	X	X	X
ANT19	?	?	?	-	-	-

Tabel 6 Overzicht geïnccludeerde cases pilootregio Zuid-West-Vlaanderen

CASE	Gebruik Alivia			Dataverzameling		
	Ingelogd?	Ingevuld?	Communicatie?	Observatie?	Interview?	Overige?
ZWV01	X	X	X	X	X	X
ZWV02	X	X	X	X	X	X
ZWV03	?	?	?	-	-	X
ZWV04	X	-	-	-	X	-
ZWV05	X	-	-	-	-	X
ZWV06	?	-	-	-	-	X
ZWV07	X	X	X	-	X	X
ZWV08	X	X	?	-	X	X
ZWV09	?	?	?	-	-	-
ZWV10	-	-	-	-	X	X
ZWV11	?	?	?	-	-	-
ZWV12	?	?	?	-	-	-

ZWV13	X	X	X	-	X	-
ZWV14	X	X	?	-	X	-
ZWV15	?	?	?	-	-	-
ZWV16	?	?	?	-	-	-
ZWV17	X	X	X	-	X	X
ZWV18	X	X	X	X	X	X
ZWV19	X	-	-	-	X	X
ZWV20	X	X	?	-	-	X
ZWV21	X	X	-	-	-	X
ZWV22	X	X	-	-	-	X
ZWV23	-	-	-	-	-	X

3.3 Spontane indrukken van Alivia

De deelnemers aan de pilootprojecten in beide regio's, die Alivia gedurende zes maanden uittestten, zijn over het algemeen enthousiast over de idee en het potentieel van het zorg- en ondersteuningsplan. Alivia beantwoordt aan de nood tot betere afstemming tussen verschillende diensten en disciplines en de focus op levensdoelen en zorgdoelen wordt gezien als een manier om meer persoonsgerichte zorg te bieden. De verwachte meerwaarde van Alivia omvat onder andere:

- Het delen van informatie met alle betrokken hulpverleners, ook buiten de eigen organisatie;
- Het bevorderen van participatie in het zorg- en ondersteuningsplan van de PZON en diens netwerk;
- Het in kaart brengen van de huidige situatie en wensen van de PZON;
- Het ondersteunen en/of stimuleren van de organisatie van (zorg)overleg, waarbij het zorg- en ondersteuningsplan en de bijhorende doelen als aanknopingspunt voor overleg gehanteerd worden.

Men verwacht dat Alivia als digitaal zorg- en ondersteuningsplatform de link kan leggen tussen verschillende organisaties en sectoren en dit op een toegankelijke en laagdrempelige manier zodat ook de PZON en zijn naasten hier gebruik van kunnen maken.

Echter, gedurende het pilootproject bleek de drempel om Alivia effectief te gebruiken nog hoog. Er heerste onduidelijkheid over de verwachtingen rondom het gebruik:

- De verwachte frequentie van inloggen was niet altijd duidelijk en maakte het moeilijk om in te schatten hoeveel tijd men aan dit platform zou spenderen;
- De verwachtingen over het gebruik van de verschillende modules (o.a. het zorgschrift) waren niet duidelijk (wat wordt er van mij verwacht om te noteren?);
- Het formuleren van levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken was voor diegenen die nog niet vertrouwd waren met deze methodiek complex.

Daarnaast vereiste de methodiek van doelgerichte zorg een verandering van werkwijze voor veel hulpverleners. Geregeld stelden hulpverleners het gebruik uit vanwege andere prioriteiten: *“Is dit wel prioritair wanneer er andere acute zorgen zijn waarop we ons moeten focussen?”*. Het delen van informatie met het gehele zorgteam is eveneens nieuw en doet bij bepaalde gebruikers vragen rijzen over de zinvolheid of wenselijkheid dat iedereen toegang heeft tot alle informatie: *“Uhm, ja, dat de dokter daar iets intypt over de fysieke toestand. De vraag is dan, moeten wij dat allemaal dan weten?”* – ZWV10.”

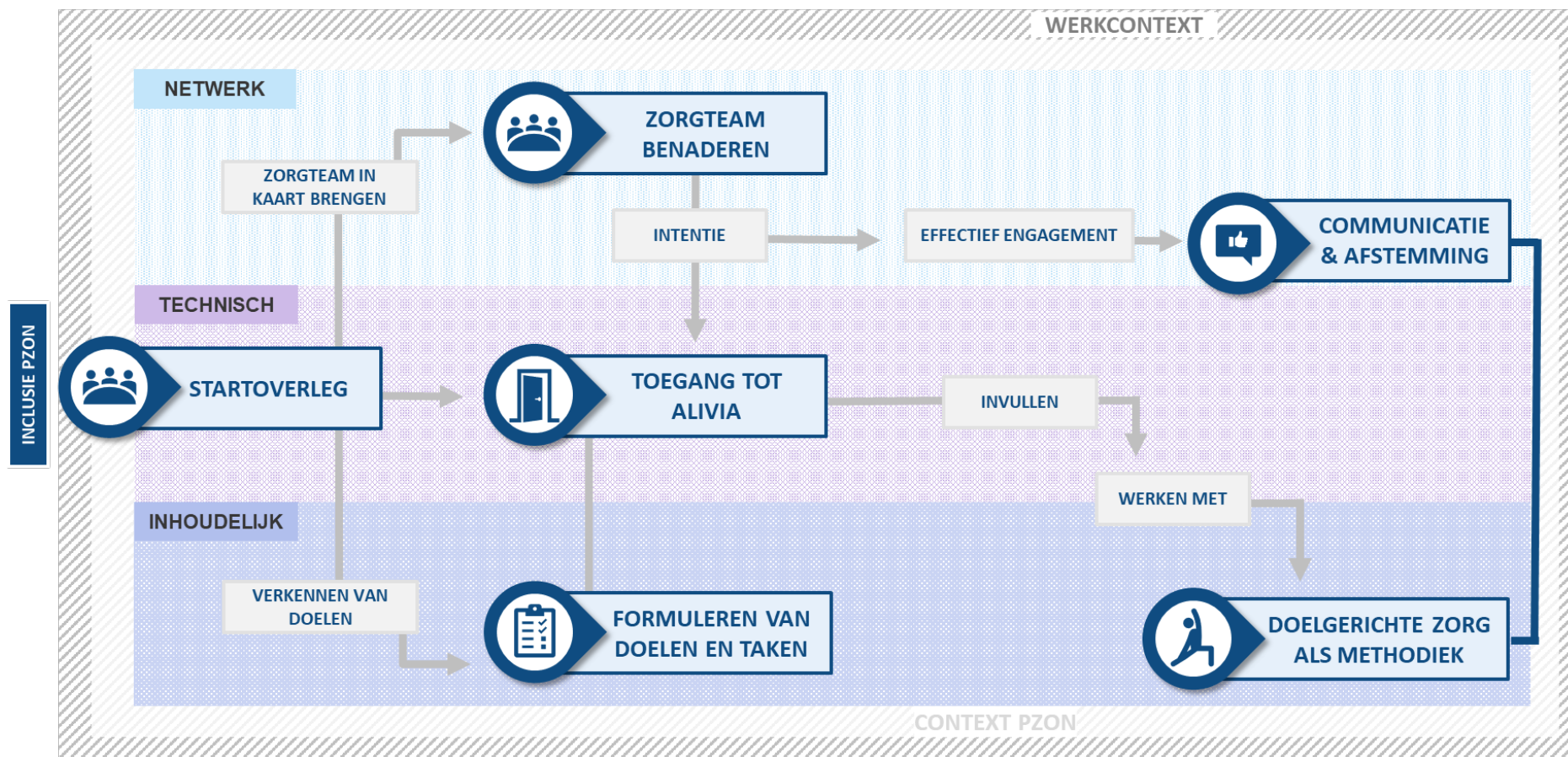
De opbouw van het platform en technische problemen, zoals inlogproblemen en een onduidelijke structuur, ontmoedigden tal van gebruikers. Dit resulteerde in beperkte deelname van zorgteams, waardoor de grote meerwaarde van Alivia – een gezamenlijke afstemming met alle betrokkenen vanuit een persoonsgerichte benadering – slechts beperkt zichtbaar werd tijdens dit pilootproject.

3.4 Praktisch verloop van een traject binnen het Alivia project

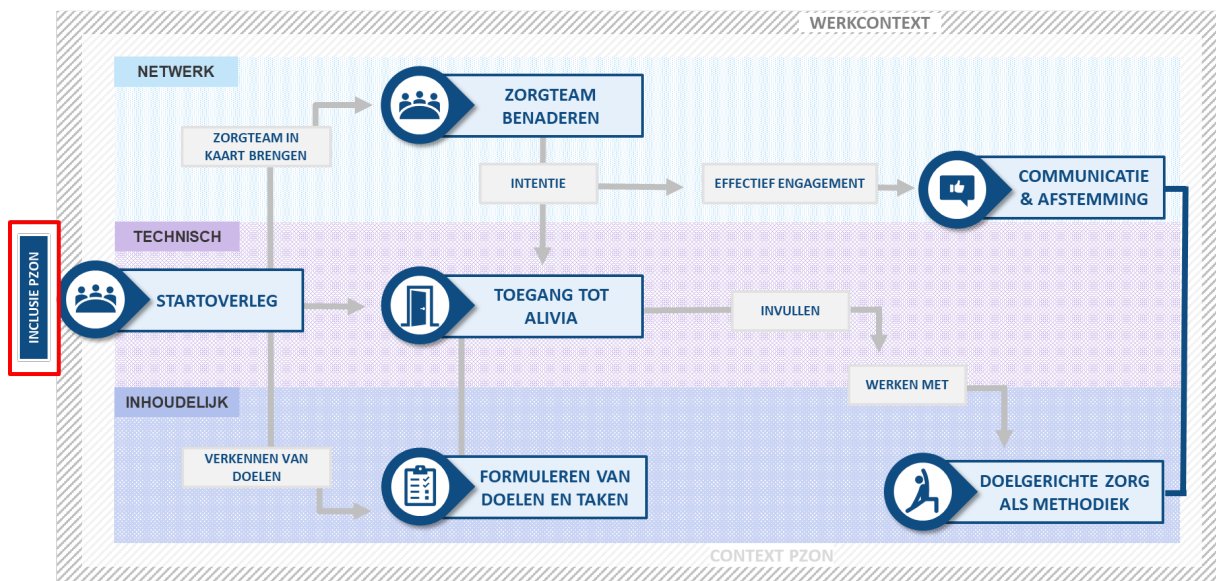
Figuur 5 toont een typisch traject binnen het Alivia pilootproject. Het is belangrijk te realiseren dat dit een pilootfase betreft, waarbij bepaalde verwachtingen werden gesteld aan de deelnemers, die mogelijk niet altijd overeenkomen met een realistische situatie. Het organiseren van het startoverleg was iets dat vanuit het project werd gevraagd, maar wat in de praktijk wellicht niet altijd haalbaar en/of strikt noodzakelijk is. Het onderstaand overzicht beschrijft acties, het verloop, de gemaakte afwegingen en mogelijke valkuilen binnen een traject.

Een Alivia traject start met het includeren van de PZON. Dit gebeurt door een zorgprofessional die een PZON benadert waarbij reeds een hulpvraag of een bepaald zorgtraject lopende was. Vanuit het project werd er aangemoedigd om een startoverleg te organiseren, waarbij (een deel van) het zorgteam samenkamt om een aantal acties te initiëren op inhoudelijk vlak (methodiek), op vlak van netwerk (en samenwerking) en op technisch gebied (omtrekt het inloggen en het gebruiken van Alivia). Vervolgens wordt het zorgteam benaderd met de vraag om mee in te stappen in het Alivia zorg- en ondersteuningsplan van de PZON. Levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken worden verkend en wanneer de toegang tot Alivia in orde is worden deze geformuleerd op het platform. We stellen vast dat bij het includeren van het zorgteam een eerste stap is om zorgprofessionals te overtuigen deel te nemen (intentie), maar dat een volgende stap is om ze ook effectief geëngageerd te krijgen zodat ze niet louter passief lid zijn van het zorgteam in Alivia (effectief engagement). Wanneer een breder team deelneemt aan Alivia, kan communicatie en afstemming plaatsvinden en kunnen doelen in beeld blijven volgens de methodiek van doelgerichte zorg. In dit ganse traject dienen we steeds rekening te houden met de invloeden van enerzijds de werkcontext en anderzijds de context van de PZON.

Figuur 5 Visuele weergave van een Alivia traject



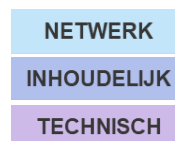
3.5 Inclusie van de PZON



In totaal waren er 15 inclusieverantwoordelijken (6 in Antwerpen, 9 in Zuid-West-Vlaanderen) die op basis van hun positie binnen hun organisatie of netwerk casussen selecteerden voor deelname aan het project. Vaak koos men voor PZON met een reeds bestaand netwerk, omdat ze verwachtten dat ze dan meer hulpverleners aan het platform zouden kunnen toevoegen. Daarnaast schatte men de openheid van de PZON ten aanzien van een persoons- en doelgerichte werkwijze in, evenals hun digitale vaardigheden. In sommige gevallen werd een PZON gekozen vanwege zijn vermogen tot zelfmanagement en interesse hierin. Tijdens het verdere traject dienen we ons ervan bewust te zijn dat deelnemers aan het pilootproject doorgaans gemotiveerd zijn ("believers") en stimulansen of incentives kregen om deel te nemen. Op die manier is het dan ook mogelijk dat zij op een andere manier handelen dan in een reële situatie waarin het gebruik van Alivia niet extern gestimuleerd wordt.

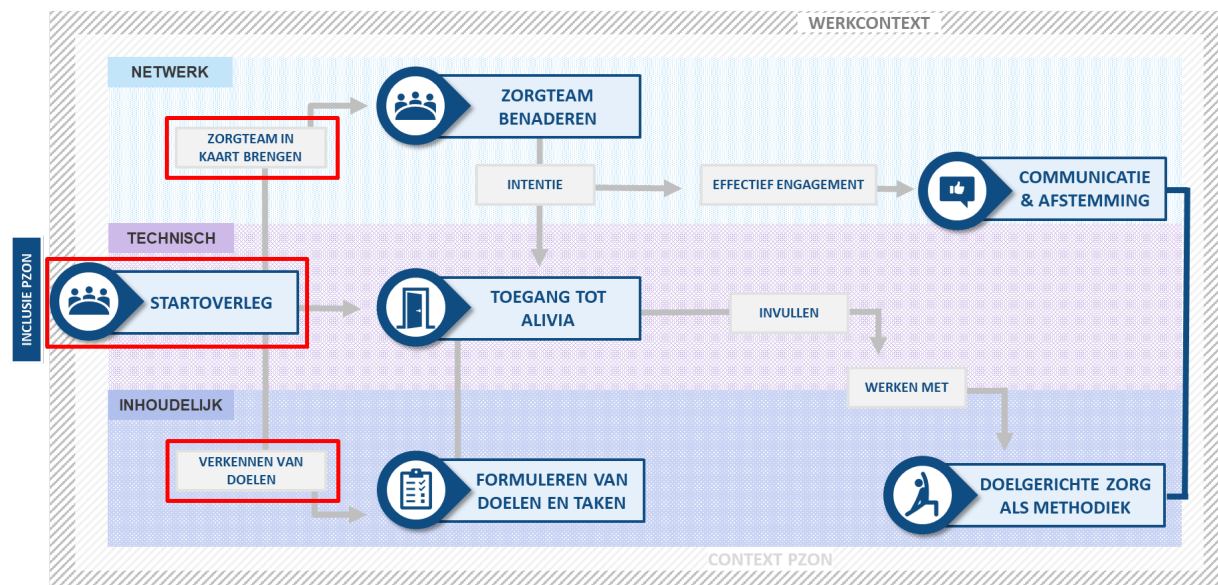
Bij het includeren van de PZON nam een zorgprofessional steeds het initiatief om het digitaal zorg- en ondersteuningsplan op te starten en het startoverleg te organiseren. Dit startoverleg was essentieel voor:

- Het in kaart brengen van het zorgteam;
- Het verkennen van de doelen van de PZON;
- Het initiëren van het gebruik van het Alivia platform.



In het pilootproject was er steeds een hulpverlener die het voortouw nam om dit proces te begeleiden. Bij een bredere uitrol van Alivia moet er dan ook worden nagedacht over hoe de opstart van een traject efficiënt gefaciliteerd kan worden en wie dit op zich zal nemen.

3.6 Startoverleg



Aan het begin van het traject hebben de zorgteams een zorgoverleg georganiseerd. Dit was een vereiste vanuit het project, waardoor dit overleg doorgaans het karakter kreeg van een startoverleg specifiek georganiseerd voor het Alivia traject eerder dan een moment waarop bewust de keuze wordt gemaakt om afstemming over het traject van de PZON te organiseren (zoals een regulier MDO). In een reële situatie zal een opstart van een Alivia zorgplan wellicht niet noodzakelijkerwijze voorafgegaan moeten worden door een zorgoverleg. Het is dan ook van belang om dit in de toekomst actief verder te bevragen en in vraag te stellen, in het bijzonder wanneer we willen verkennen hoe Alivia ook asynchroon interprofessioneel overleg kan faciliteren.

Het startoverleg dat door de geïncludeerde teams is opgezet kenmerkt zich doorgaans door een aantal zeer betrokken spilfiguren rondom de PZON die op het overleg aanwezig zijn. Dit zijn personen die positief staan tegenover het idee achter Alivia en dit mee vooruit willen trekken. Tegelijk zijn er ook een aantal afwezigen, die in de loop van het verdere traject ook moeilijk betrokken raken. Het startoverleg geeft op die manier al een eerste indicatie van de actieve en passieve actoren binnen een Alivia traject. De leden van het zorgteam die actiever zijn binnen de geïncludeerde teams zijn voornamelijk verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en eventuele mantelzorgers. Voornamelijk artsen maar ook andere (para)medici zijn moeilijk te bereiken, wat betekent dat een groot deel van de capaciteit in de eerstelijns momenteel niet is meegenomen. Het engagement is hier vooral gelinkt aan een verschil in motivatie en/of gepercipieerde meerwaarde van de methodiek doelgericht werken.

We kunnen dit verschil in motivatie op verschillende manieren verklaren. Mogelijks is dit gerelateerd aan de (gepercipieerde) beperktheid in tijd, of heeft dit te maken met de mate waarin de deelnemers een actieve participatie in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan als legitiem deel van hun (reeds bestaande) takenpakket of rol zien. Zo werd er voor de rol van inclusieverantwoordelijke een actief engagement verwacht en werd deze rol frequent opgenomen door maatschappelijk werkers.

We identificeren drie functies van het startoverleg, te situeren op drie verschillende vlakken:

1) Inhoudelijk/methodologisch:

In de meeste casussen is het startoverleg een moment waarop het aanwezige team de levens- en zorgdoelen van de PZON zal verkennen. Bij het gros van de geïncludeerde cases was er voorafgaand aan het startoverleg reeds enige afstemming gebeurd tussen (een aantal leden

van) het zorgteam. De mate waarin er levensdoelen, zorgdoelen of zorgtaken geformuleerd waren voordat het startoverleg plaatsvindt verschilt sterk van casus tot casus. Zo waren er PZON's die al een lopend zorgtraject hadden, bijvoorbeeld bij de diensten ondersteuningsplan (DOP), waarbij de levensdoelen al in kaart waren gebracht. Het startoverleg in het kader van het Alivia project kreeg dan doorgaans het karakter van een herevaluatiemoment. Daarnaast was de benadering volgens de principes van doelgerichte zorg relatief nieuw was voor veel personen binnen het team. Dit waren bijvoorbeeld cases geïncludeerd vanuit thuiszorgorganisaties, waarbij men in eerste instantie vertrok vanuit de zorgdoelen die in hun bestaande traject reeds geformuleerd waren. Tijdens het startoverleg bekijkt het team dan opnieuw de hulpvraag en koppelen ze dit met de levensdoelen en waarden van de PZON. In enkele cases was er nog weinig tot geen vertrekpunt vanuit bestaande doelen en was het startoverleg een aanleiding om de levensdoelen van de PZON te verkennen.

2) Netwerk/samenwerking:

Naast het verkennen van de levens- en zorgdoelen was het startoverleg ook een moment om het zorgteam in kaart te brengen. Er gebeurde een verkenning van welke hulpverleners de PZON belangrijk achtte: wie is er betrokken in de zorg? Wie is belangrijk om eveneens op te nemen in het zorgteam? Aan wie wil de PZON toegang verlenen tot zijn digitaal zorg- en ondersteuningsplan? Het creëren van een overzicht van het zorgteam rond een PZON is op zichzelf een waardevolle activiteit binnen Alivia, gezien deze informatie niet op andere platforms opgenomen is.

3) Technisch:

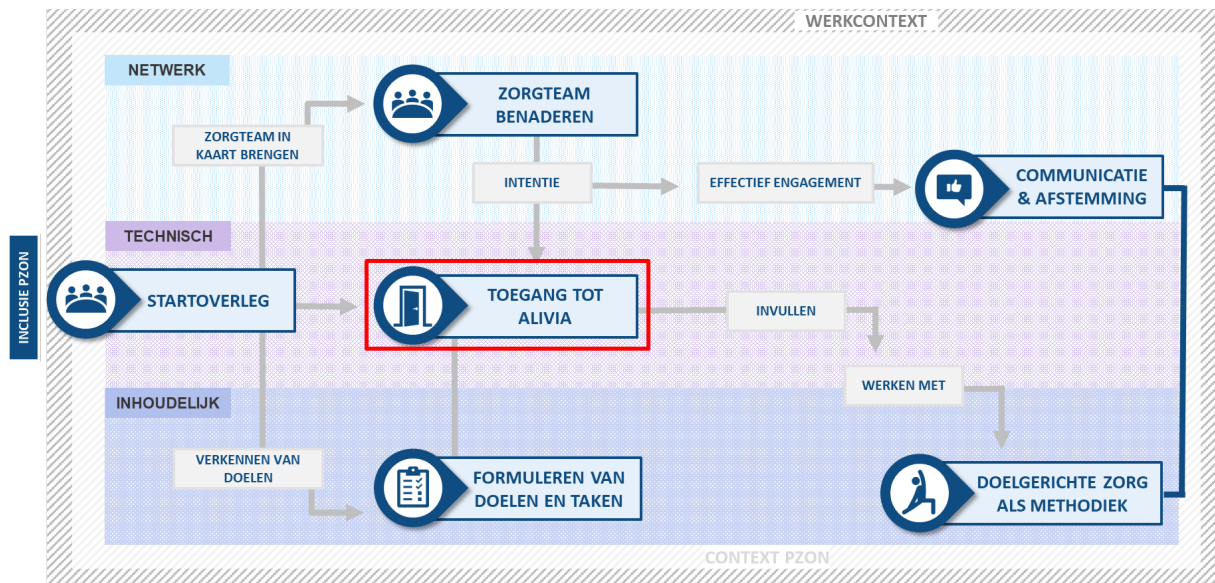
Bovendien was het startoverleg een moment waarop de toegang tot het platform veelal een eerste keer bekeken werd. Oftewel trachtte het aanwezige team de toegangen op dat moment te regelen; oftewel maakte men een afspraak over wie zich hierover in eerste instantie zou ontfemen.

Over het algemeen wordt het startoverleg als waardevol gezien door de deelnemende leden van het zorgteam. *“Het zorgoverleg was wel een hefboom geweest om inzichten te verkrijgen en vooruit te kunnen. – ZWV05”*. Het startoverleg heeft in het Alivia project twee functies vervuld: een moment om het zorgteam op één lijn te krijgen over de doelen van de PZON en een initiatie om met Alivia aan de slag te gaan.

KEY LEARNINGS

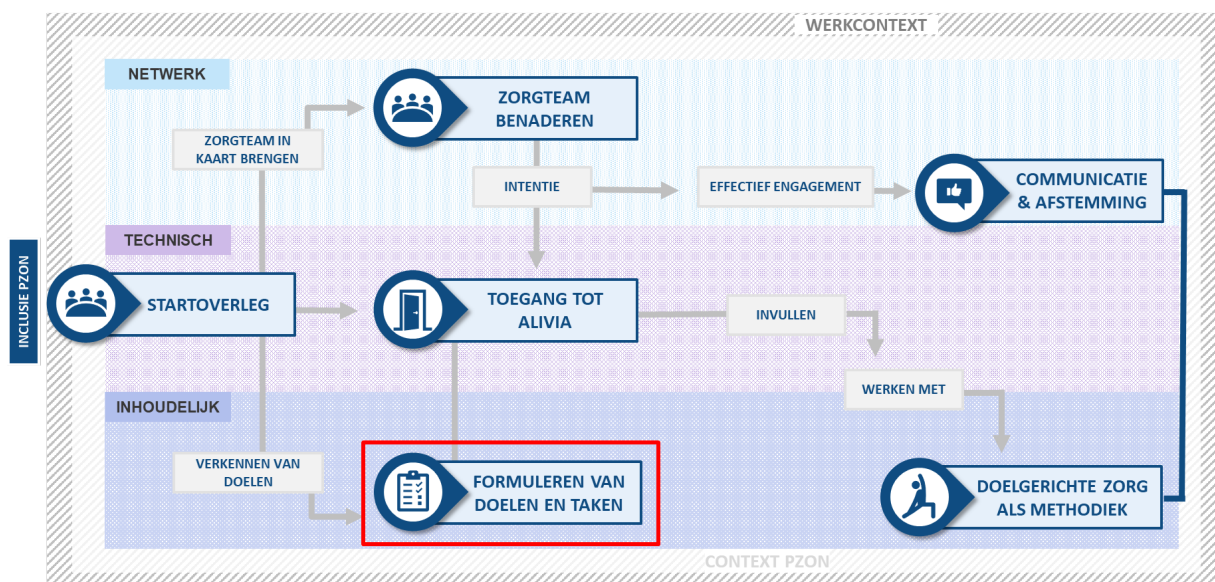
- ✓ Het startoverleg is waardevol om doelen te verkennen (methodiek), het zorgteam in kaart te brengen (netwerk) en een aantal praktische afspraken te maken (o.a. technisch).
- ✓ Het wordt gefaciliteerd door een hulpverlener die het voortouw neemt en de opstart van een Alivia traject ondersteunt en begeleidt.
- ✓ Het startoverleg is in dit pilootproject een opgelegd overlegmoment, dat zeer belangrijk blijkt om de start van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan te initiëren. Het is belangrijk om stil te staan welke vorm dergelijke opstart zal aannemen in een reële situatie.

3.7 Toegang tot Alivia



Alivia is een digitaal platform, wat zorgt voor bepaalde digitale drempels bij de participanten om hier gebruik van te maken. Dit gevoel wordt versterkt door de vele technische problemen die er geweest zijn, waardoor het enthousiasme van de deelnemers daalde wanneer zij grote problemen ervaarden om in het platform ingelogd te geraken. De aanwezigheid van deze digitale drempels is niet enkel aanwezig bij de PZON en zijn omgeving, maar ook bij bepaalde zorgprofessionals die onvoldoende technisch aangelegd zouden zijn of niet over de geschikte materialen zou beschikken (vb. kwalitatieve smartphone, tablet). De inlogprocedure an sich vormt eveneens een drempel doordat er een bijkomende authenticatie gevraagd wordt via vb. itsme of het e-ID. Dit verhoogt het gevoel van “dubbelop” gebruik en bijkomende workload door administratie via Alivia.

3.8 Formuleren van doelen en taken



3.8.1 Levensdoelen

Het verkennen van de levensdoelen vindt grotendeels plaats in het startoverleg. Het formuleren hiervan verschilt sterk per PZON/team en is afhankelijk van hun voorkennis en eerdere trajecten. Bij het verkennen en formuleren van de levensdoelen neemt een hulpverlener vaak het voortouw. Deze faciliteert het gesprek met de PZON en verkent wat hij/zij belangrijk vindt. Afhankelijk van het niveau van zelfmanagement van de PZON geeft de hulpverlener richting in dergelijk gesprek, wat een aanzet kan zijn voor het opmaken van een zorgplan.

In sommige gevallen zijn de levensdoelen al duidelijk, bijvoorbeeld bij PZONs die al in een DOP-traject zitten. In andere gevallen zijn zorgdoelen wel bekend, maar ontbreekt het aan affiniteit met levensdoelen en zijn deze vooral nog impliciet aanwezig: *“Het zat al in ons achterhoofd, deze doelen. ZWV06”*. Bij nog andere teams is het werken met levensdoelen helemaal nieuw. Over het algemeen kunnen we stellen dat zorgteams vertrekken van wat ze al kennen of doen. Maatschappelijk werkers die bijvoorbeeld al zeer personsgericht werken, gebruiken hun bestaand traject als aanknopingspunt om in ALIVIA de doelen die reeds verkend zijn te (her)formuleren. Bij teams die minder ervaring hebben, kan het formuleren van levensdoelen complex zijn, waarbij hulpverleners vaak het gesprek faciliteren met behulp van handvatten en voorbeeldvragen zoals *“wat geeft u energie?”* – *“wat betekent een goede dag voor u?”* Er werd geen melding gemaakt dat er bepaalde tools gebruikt zijn geweest.

Het formuleren van levensdoelen is voor PZONs en mantelzorgers vaak nieuw en niet altijd eenvoudig, ondanks de opleidingsmomenten die hierrond georganiseerd werden. Deelnemers gebruiken regelmatig andere termen zoals “dromen” of “wensen” om de term levensdoelen concretiseren en de focus van beperkingen af te houden. Sommige zorgteams gebruiken thema’s zoals wonen, werk en relaties om levensdoelen te formuleren. Er zijn verschillende benaderingen om met deze complexe materie aan de slag te gaan. Sommigen beginnen met levensdoelen als kompas voor zorgdoelen, anderen starten met zorgdoelen en koppelen hier levensdoelen aan. Ze gaan dan op zoek naar de achterliggende redenen of waarden zijn waarom bepaalde zorgdoelen voor de PZON belangrijk zijn om de levensdoelen te achterhalen. *“Als je eerst uw doelen hebt en als je weet ‘oké, wat is hier belangrijk?’ Dan kunt ge denken: wat is de impact van die zorgdoel op haar leven? ANT01”*.

Teams vertrekken doorgaans van wat ze al kennen of doen. In bepaalde vallen kan het echter een valkuil zijn wanneer er wordt voortgebouwd op reeds bestaande doelen. Vanuit thuiszorgorganisaties zijn er bijvoorbeeld steeds zorgdoelen geformuleerd, maar dit is doorgaans met een sterk medische invalshoek gebeurd. We stellen vast dat het in dergelijke casussen geregeld gebeurt dat levensdoelen dan het karakter van zorgdoelen krijgen (vb. goed kunnen slapen, gezond eten).

Het proces van het formuleren van levensdoelen wordt eveneens beïnvloed wanneer er een mantelzorger aanwezig is. Vaak ondersteunt deze de levensdoelen van de PZON, maar in sommige gevallen worden doelen ondermijnd of zijn doelen van de PZON in conflict met die van de mantelzorger. In het Alivia platform is er momenteel geen ruimte voor de wisselwerking tussen PZON en mantelzorger, wat soms leidt tot verwarring in de zorgdoelen en het zorgplan. In de praktijk gebeurt het dan bijvoorbeeld dat een zorgdoel van de mantelzorger wordt opgenomen als een zorgdoel van de PZON. Dit benadrukt de noodzaak om het perspectief van de mantelzorger in het zorgplan op te nemen.

We hebben naast de cliënt ook nog een doel voor de mama erin gestoken: “wie zorgt er voor mama?” We vonden het niet helemaal duidelijk of we dit dan in Alivia konden zetten want ze wou dit ook ergens kwijt maar dit zat dan onder een doel voor de PZON... Dit was wel wat dubbel. Dat hebben we dan gemerkt dat dat niet op de juiste plaats staat. Nochtans als er iets

gebeurt met de mama dan kan de zorg voor de PZON veel minder gebeuren. Dat vonden we minder terug in de app om dit ergens te plaatsen. – ZWV09

3.8.2 Zorgdoelen en zorgtaken

Het formuleren van zorgdoelen en zorgtaken gebeurt vaak gelijktijdig met het formuleren van de levensdoelen. Zoals reeds aangegeven hebben sommigen al in het kader van een bestaand traject een aantal zorgdoelen en zorgtaken (bijvoorbeeld vanuit diensten gezinszorg) waarop ze verder bouwen. *“De zorgdoelen opstellen was eigenlijk niet echt iets nieuws, want dat doen wij automatisch binnen [onze organisatie] ook. – ANT13”*. De reflectie over de levensdoelen die ze hieraan kunnen koppelen, gebeurt dan pas later. Dit roept de vraag op of deze manier van werken het hen voldoende toelaat om levensdoelen richtinggevend te laten zijn in een zorgtraject.

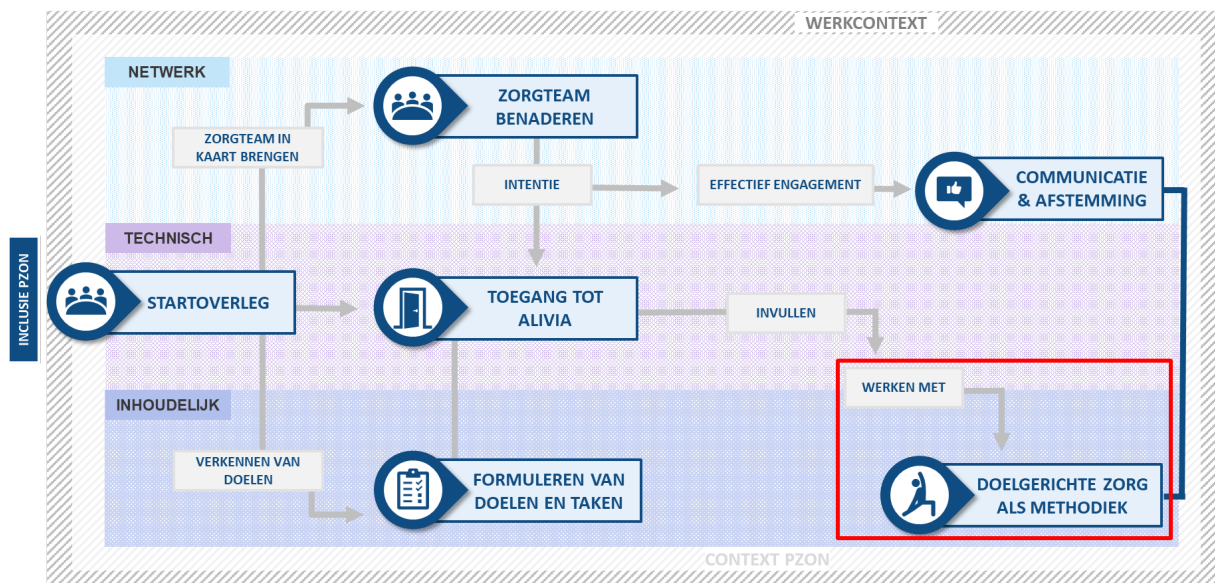
Zorgprofessionals nemen vaak de leiding bij het formuleren van zorgtaken, met de PZON ter validatie. In ongeveer de helft van de gevallen worden doelen en taken pas na afloop van het overleg ingevoerd in Alivia door een verantwoordelijke. Wanneer deze doelen en taken toegewezen worden, kan de afwezigheid of het gebrek aan betrokkenheid van enkele hulpverleners bij het Alivia traject leiden tot terughoudendheid om dit aan hen toe te kennen. Bovendien voelen veel teamleden zich niet comfortabel om taken toe te wijzen aan afwezige teamleden zonder dit met hen af te toetsen. Het bepalen van een realistische evaluatiedatum blijkt ook moeilijk, gezien de beperkte testperiode van Alivia.

Tot slot blijkt er momenteel weinig verbinding te zijn tussen BelRAI resultaten en Alivia en wordt dit dus zeer afzonderlijk benaderd; zorgprofessionals geven aan dat ze slechts op één van beiden kunnen focussen in bijvoorbeeld een intakegesprek. *“Dan zijn wij niet bezig met levensdoelen, hè, wanneer dat wij diejen BelRAI aan het afnemen zijn. Wij moeten dat al doen bij een eerste contact. – ANT03”* Doorheen het onderzoek hebben voornamelijk vermelding gehoord van BelRAI screeners die afgenomen zijn, maar deze bieden slechts beperkte informatie om de link te maken met zorgdoelen wanneer er geen Sociaal Supplement of uitgebreide BelRAI assessment is afgenomen. Er is echter wel degelijk potentieel om binnen de huidige BelRAI implementatie en de implementatie van Alivia (in het bijzonder de BelRAI Home Care en het Sociaal Supplement) de resultaten van de BelRAI naast de persoonlijke wensen, voorkeuren en doelen van de PZON en zijn omgeving te leggen om zo samen een zorgplan op te maken. Wanneer de doelen van de PZON gekend zijn, kan een BelRAI helpen om te achterhalen welke aspecten in het functioneren van de persoon en van de context het bereiken van die doelen kan hinderen (en waar dus aan gewerkt moet worden) of wat precies de sterktes zijn die het bereiken van die doelen kan bevorderen.

KEY LEARNINGS

- ✓ Bij het formuleren van levensdoelen vertrekken hulpverleners van wat ze al kennen of doen. Er is doorgaans al een bestaand traject of hulpverlening aanwezig, waarop vervolgens wordt voortgebouwd bij het uittekenen van een Alivia traject.
- ✓ Het invullen van levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken is voor velen complex. De invulling van de drie concepten loopt vaak wat door elkaar.
- ✓ Wanneer er een mantelzorger aanwezig is, kan dit enerzijds faciliterend zijn om de levensdoelen te verkennen maar anderzijds het proces ook bemoeilijken gezien de doelen van de PZON niet altijd gelijk stroken met de doelen van de mantelzorger.

3.9 Doelgerichte zorg als methodiek



Voor de teams die al persoonsgericht werkten, betekende het werken met levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken in Alivia geen grote verandering. Alivia maakte deze aanpak concreter. Voor velen was de insteek om te werken met levensdoelen echter wel nieuw, wat de gesprekken veranderde en andere onderwerpen naar boven bracht. PZON waardeerden deze benadering vaak, omdat ze zich gehoord voelden. Tegelijk gaven sommige PZON aan dat het opstellen van een zorgplan in Alivia confronterend was en hun afhankelijkheid benadrukte: *“het lijkt alsof je overal hulp mee nodig hebt. – ANT14”*

Wij zijn echt vooral gefocust op dat medische, het vastleggen van zorgtaken enzo. Het is toch wel een heel andere benadering, maar ik merk wel dat het gesprek dan ook echt een andere wending krijgt. Dat er andere dingen zijn die naar boven komen. – ANT03

3.9.1 Werken met doelen

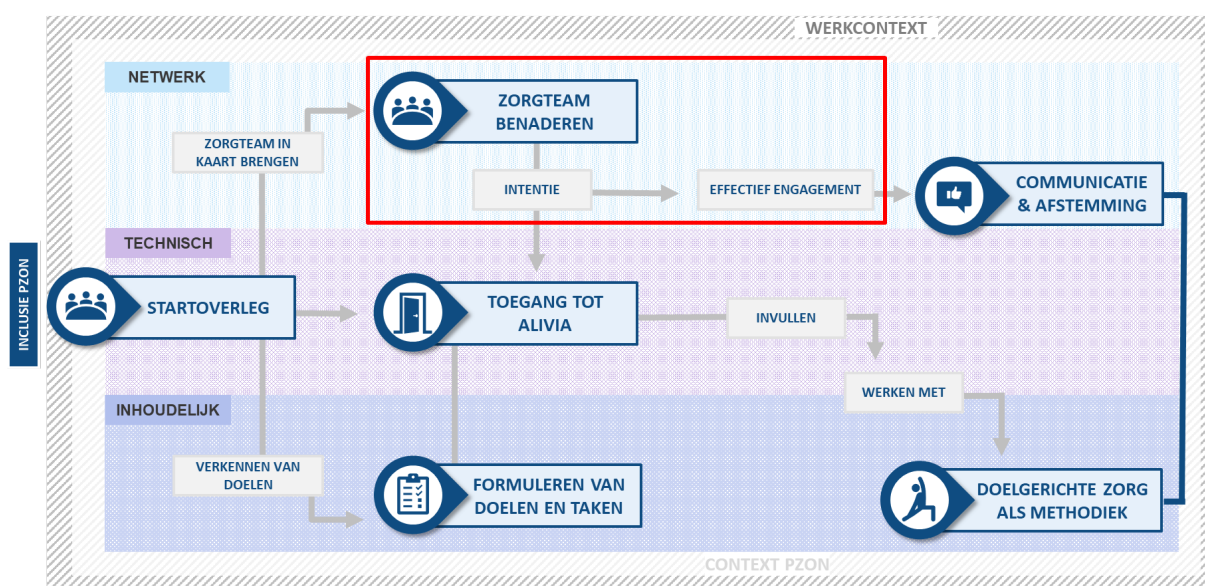
Het werken met levens- en zorgdoelen in Alivia zou idealiter het zorg- en ondersteuningstraject sturen en de focus leggen op wat de PZON belangrijk vindt. Er zijn echter geregeld situaties waarin deze focus toch weer verschuift. Zo zagen we soms dat ingrijpende gebeurtenissen of een algemene verslechtering van de toestand ervoor zorgde dat de focus verschuift naar *“het blussen van brandjes”* in crisissituaties (zie: 3.12 De context van de PZON). Soms gebeurt het ook dat de PZON bepaalde levensdoelen bewust on hold zet, bijvoorbeeld omwille van mentale ruimte of financiële redenen (vb. het uitblijven van het persoonsvolgend budget). Doelen die tijdens het startoverleg zijn geformuleerd, worden vaak niet meer opgepakt of opnieuw geëvalueerd gedurende het traject, wat ze minder dynamisch maakt. Ook worden doelen of wensen soms niet in Alivia genoteerd, ondanks dat ze waardevol zijn voor de PZON.

De intensiteit van het werken rond levensdoelen verschilt per casus: soms leidt het tot specifieke zorgtaken, maar vaak zijn de levensdoelen abstract en moeilijk te vertalen naar concrete taken (vb. doelstellingen rond sociaal contact), wat voor zorgteams een uitdaging vormt. Soms komt de hulpvraag ook neer op de noodzaak om PZON te ontlasten van bepaalde verantwoordelijkheden, om zo ruimte te creëren voor wat de PZON belangrijk vindt. Daarnaast zijn een aantal zorgtaken activiteiten waar in principe continu op ingezet moet worden en het is voor de teams onduidelijk hoe ze hiermee omgaan in Alivia. Het beperkte tijdsbestek van het Alivia traject bemoeilijkt deze reflectie en communicatie.

KEY LEARNINGS

- ✓ Gezien hulpverleners voortbouwen op wat ze al kennen en doen, betekent het werken met zorgdoelen en zorgtaken voor de meeste zorgteams geen grote verandering.
- ✓ De link maken met levensdoelen en het uitspitsen van levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken is voor veel teams complex.
- ✓ Doelen die aan het begin van het traject geformuleerd zijn, werden tijdens het pilootproject nauwelijks nog geherevalueerd of bijgesteld.
- ✓ Sommige levensdoelen zijn tamelijk helder en straightforward, terwijl anderen abstracter van aard zijn en het moeilijker is om te bepalen hoe hiermee om te gaan.

3.10 Zorgteam benaderen



Tijdens het startoverleg is in de meeste gevallen het zorgteam in kaart gebracht. In de meeste casussen was het tamelijk vanzelfsprekend wie er mee opgenomen zou worden in dit team. De keuze om bepaalde teamleden te betrekken heeft te maken met de mate waarin de PZON beroep doet op deze personen en de vertrouwensbanden die al gevestigd zijn. Disciplines die we doorheen de observaties en interviews hebben gesproken zijn maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, ergotherapeut, kinesitherapeut en huisarts. Disciplines waarvan door de deelnemers eveneens melding gemaakt werd zijn psycholoog, psychiater en apotheker. Zij waren afkomstig van verschillende organisaties, zoals dagcentra, woonzorgcentra, Rechtstreeks Toegankelijke Hulpverlening (RTH)/thuisbegeleiding, gezinszorg, wijkgezondheidscentra of huisartsenpraktijken, ...

3.10.1 Zorgcoördinatie

In het Alivia pilootproject duidde men steeds een zorgcoördinator aan, dit werd gefaciliteerd door de opbouw van de tool. De keuze voor de zorgcoördinator werd gemaakt tijdens het startoverleg en gebeurde doorgaans op basis van een vertrouwensband met de PZON. Regelmatig werd deze rol ingevuld door maatschappelijk werkers of door een cognitief en verbaal sterke mantelzorger. De zorgcoördinator is vaak een centrale spilfiguur in het team die de PZON goed kent en die een goed zicht heeft op de persoon en zijn context. Bij de geobserveerde cases, werd de PZON zelf nooit aangeduid als zorgcoördinator.

Dit voelt ook natuurlijk aan, het sluit aan bij de rol die ik al sowieso opneem: naast de persoon staan en iedereen er rond betrekken en versterken om tot gedeeld perspectief te komen en vooruit te gaan – ZWV05

Het aanstellen van de zorgcoördinator verloopt soms moeizamer doordat er een bepaalde weerstand en/of terughoudend heerst bij hulpverleners vanwege de mogelijke belasting die de rol van zorgcoördinator met zich meebrengt. Men stelt zich hierbij de vraag of dit extra (onbetaald) werk met zich meebrengt, zoals administratie. Tevens zijn de verwachtingen met betrekking tot de rol van de zorgcoördinator vaak onduidelijk, wat deze terughoudendheid mogelijk verder in de hand werkt.

Wat betreft het takenpakket en de inhoudelijke invulling van de rol van zorgcoördinator, merken we op dat dit zeer casusafhankelijk is. *“Ik denk dat iedereen die taak van zorgcoördinator misschien een beetje anders invult. Dat zal ook van situatie per situatie afhangen wat daarin nodig is. Gelijk bij [persoon], daar loopt die communicatie eigenlijk al vrij goed en ga je wat minder moeten coördineren. – ANT12”* Over het algemeen geven de deelnemers aan het pilootproject aan dat zij de volgende taken linken aan de rol van zorgcoördinator:

- Opvolgen/overzicht bewaren van het zorgtraject (doet iedereen wat van hem/haar verwacht wordt?);
- Focus behouden op wat er voor de PZON belangrijk is, richting geven aan het zorgtraject;
- Indien wenselijk, leden van het zorgteam samenbrengen in een fysiek overleg;
- Een terugkoppeling voorzien van de genomen acties.

Naast deze basistaken zien we ook dat in het pilootproject van Alivia de zorgcoördinator geregeld een “Alivia coördinator” wordt. De zorgcoördinator werd dan gekozen op basis van diens motivatie en affiniteit met het Alivia project en kreeg de taak om het traject te faciliteren en het zorgteam te motiveren om gebruik te maken van de tool. Dit wijst op een nood aan begeleiding en ondersteuning om met de Alivia tool en bijhorende methodiek aan de slag te gaan. Concreet uiteten de betrokken teams een nood aan een aanspreekpunt of procesfacilitator. *“Als mensen niet iemand hebben die het proces faciliteert en die hen hiermee laat kennis maken en alles in handen neemt, dan gaat het wat verloren gaan vrees ik. – ZWV09”* Deze rol komt in het pilootproject vaak terecht bij de zorgcoördinator.

De meeste zorgcoördinatoren zijn positief over deze rol, hoewel dit voor een stuk afhankelijk lijkt te zijn van de algemene teamdynamiek. Bij zorgteams waar er weinig communicatie is en waar er beperkt gebruik gemaakt wordt van Alivia, voelt deze rol belastend aan voor de coördinator zelf. Deze moet dan “trekken en sleuren” om het proces te faciliteren en dit kan een demotiverend effect hebben.

3.10.2 Mantelzorg

Tijdens een Alivia traject was er in een groot deel van de casussen tevens een mantelzorger aanwezig. We zien dat dit een rol is die doorgaans al eerder opgenomen werd, maar formeel wordt door deze rol expliciet toe te wijzen in het zorgplan. De mantelzorger wordt hierdoor erkend in zijn of haar rol. *“Hij wordt hierdoor in zijn kracht gezet voor wat hij doet voor het gezin – ZWV09”*. Het erkennen van deze rol kan er omgekeerd ook voor een bepaalde drempelvrees zorgen bij de mantelzorgers zelf: *“voldoe ik wel aan de voorwaarden om de rol van mantelzorger op te kunnen nemen? – ZWV18”*

Doorheen de trajecten zien we dat de mantelzorger een grote invloed kan hebben op het leven van de PZON en zijn/ haar zorgnoden. Bovendien heeft de PZON deze invloed ook op de mantelzorger. Het is dus bij de opmaak van het zorgplan belangrijk om aandacht te hebben voor deze wederkerige wisselwerking en om bepaalde boodschappen naar de PZON en mantelzorger samen te brengen. *“De*

MZ laat zelf ook meer zorg toe door actief bij het proces van de PZON betrokken geweest te zijn. – ZW05”

3.10.3 Incluseren van het zorgteam

Voor het includeren van de leden van het zorgteam die tijdens het startoverleg niet aanwezig waren neemt de zorgcoördinator doorgaans contact op. In sommige gevallen neemt de PZON zelf het initiatief. De dynamiek verschilt afhankelijk van wie deze taak op zich neemt, met zorgprofessionals die formeler zijn en meer de focus leggen op de methodiek en voordelen binnen hun rol. In enkele gevallen moesten organisaties zelf worden overtuigd om medewerkers deel te laten nemen.

In meerdere teams maakte men de afweging of louter de belangrijkste spilfiguren in Alivia zouden moeten worden geïnccludeerd, of dat er zo breed mogelijk geïnccludeerd moest worden. Wanneer er zo breed mogelijk geïnccludeerd werd, dan werden er bijvoorbeeld meerdere verpleegkundigen aan het dossier toegevoegd, zodanig dat ook de vervangers of invallers in geval van ziekte al meteen toegang hadden tot het zorgplan. Andere teams focusten zich dan net weer op de belangrijkste spilfiguren en zouden hierbij leden die op minder frequente basis contact hebben met de PZON, niet contacteren. Hoe men de samenstelling van het zorgteam invult, verschilt op het terrein.

Tevens stellen we vast dat in verschillende casussen bepaalde functieprofielen bewust niet geïnccludeerd werden in het zorgteam. Zo stellen we vast dat bij de zorgkundigen doorgaans de verantwoordelijke/teamleader werd geïnccludeerd in plaats van de hulpverlener van de PZON zelf, met wie deze een vertrouwensband heeft en die vanuit hun dagdagelijkse zorg waardevolle zaken kunnen signaleren. Deze beslissing heeft te maken met twijfel of deze persoon de tool voldoende kan managen en een gebrek aan materiaal (vb. smartphone/tablet). Daarnaast wordt ook de poetshulp vaak niet geïnccludeerd, omdat de PZON niet wil dat bepaalde (gevoelige) informatie door hen gelezen kan worden. Indien de teams toch besloten om de poetshulp te includeren, wisten zij vaak niet op welke wijze deze het best geïnccludeerd kon worden (als zorgprofessional of mantelzorger).

Uhm ja, ik zelf zie de meerwaarde van Alivia zeker in. Uh, maar op vandaag, niet onmiddellijk, omdat het naar mijn aanvoelen niet correct wordt gebruikt. In die zin, wat bedoel ik daar mee? Van heel wat thuiszorgdiensten, maar ik begrijp dat ik doe dat soms ook, worden daarop verantwoordelijken geactiveerd. Maar eigenlijk weinig mensen die dicht bij de cliënt staan. Eh, die daar effectief aan huis gaan, die effectief bij een bed, of in een thuissituatie staan, hè. – ZWV03

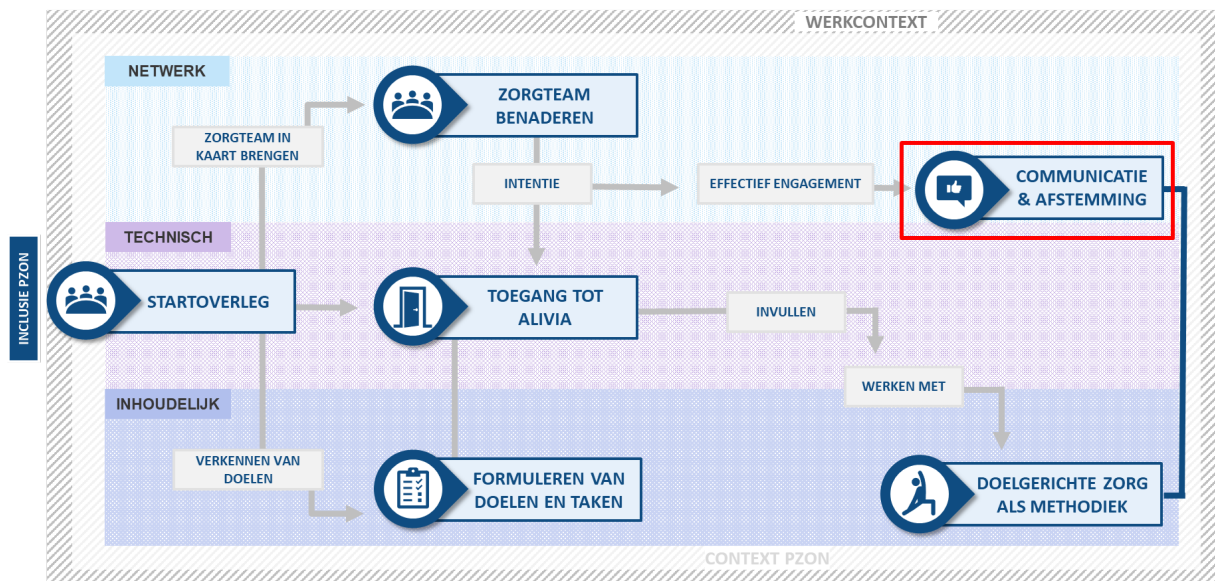
Gedurende het pilootproject werden geen nieuwe zorgteams samengesteld en de samenstelling van de zorgteams is in het gros van de casussen constant gebleven gedurende het traject. Wel werd er soms een bijkomend teamlid uitgenodigd indien er bepaalde expertise ontbrak voor de realisatie van het zorg- en ondersteuningsplan (vb. palliatief netwerk bij een vraag naar euthanasie). Veelal werd deze nood zichtbaar gemaakt door het expliciet formuleren van de doelstellingen.

KEY LEARNINGS

- ✓ De keuze voor de zorgcoördinator is gelinkt aan een vertrouwensband met de PZON en heeft te maken met de mate dat deze persoon als een centrale spilfiguur kan optreden.
- ✓ Er was nood aan begeleiding en ondersteuning om een Alivia traject op te starten en met de methodiek aan de slag te gaan. De zorgcoördinator werd soms ook in functie hiervan gekozen en deze rol kreeg in deze gevallen de invulling van een Alivia facilitator.
- ✓ De rol van mantelzorger wordt formeel gemaakt door deze expliciet toe te gaan wijzen in het zorg- en ondersteuningsplan. Het is belangrijk oog te hebben voor de verhouding tussen de mantelzorger en PZON op vlak van doelen en verwachtingen.

- ✓ Het benaderen en includeren van het zorgteam gebeurt in de meeste gevallen door de zorgcoördinator, na goedkeuring van de PZON.
- ✓ Bepaalde functieprofielen werden bewust niet geïncludeerd in het zorgteam, zoals bijvoorbeeld zorgkundigen en poetshulpen.
- ✓ Bestaande zorgteams werden niet samengesteld of hertekend naar aanleiding van deelname aan een Alivia traject. Men vertrok van het netwerk dat de PZON reeds rond zich had, waarbij de mate van betrokkenheid in het Alivia traject sterk varieerde.

3.11 Communicatie en afstemming



Hoewel er de verwachting heerst dat Alivia een grote meerwaarde kan betekenen op vlak van communicatie, stellen we vast dat er tijdens het pilootproject van Alivia slechts sporadisch gebruik gemaakt werd van het platform. Het is tijdens deze testperiode geen vast communicatiekanaal geworden en in de meeste zorgteams waren er slechts enkelingen die regelmatig zaken noteerden in het zorgschrift.

We stellen vast dat een deel van de verklaring te maken heeft met onduidelijke verwachtingen over hoe Alivia ingezet kan worden. Deelnemers aan het pilootproject gaven aan niet te weten:

- Welke informatie er in Alivia gedeeld wordt zou moeten worden;
- Op welke wijze deze informatie gedeeld zou moeten worden (vb. de module zorgschrift);
- De frequentie waarop Alivia geraadpleegd zou moeten worden (wekelijks? Tweewekelijks? Bij contact met de PZON?).

Een aantal deelnemers geven ook aan dat het onduidelijk is voor welke doelgroep of sectoren Alivia bedoeld is. Zo geven sommigen aan dat Alivia vertrekt vanuit een medische invalshoek heef: *“Dat is in ons geval iets meer toegespitst nog op, uhm, op mensen met een psychische kwetsbaarheid, terwijl Alivia nog zeer de nadruk legt op de, op de fysieke uhm, zaken hé. – ZWV02”* Volgens anderen ligt de focus van Alivia dan weer niet op medische zaken, waardoor communicatie daarover niet op het platform belandt. *“Die persoon, dat is iemand met een evolutieve aandoening, waarin het lichamelijke welbevinden voor die persoon wel een beetje een focus is. Maar haar lichamelijk welbevinden ziet zij dan voornamelijk in de tool van Helena, dat medische luik dat voor haar belangrijk is. Ja, terwijl dat bij Alivia net niet het geval is. – ZWV03”*

De onzekerheid over welke informatie er in Alivia zou moeten terechtkomen, wordt mogelijks versterkt door het gegeven dat alle informatie met het gehele zorgteam gedeeld wordt. Gezien iedereen die opgenomen is in het zorgteam van de PZON toegang heeft tot alle informatie, kan dit een zekere handelingsverlegenheid opwekken bij de gebruikers. Mantelzorgers en de PZON hebben de vrees om verkeerde zaken, onbelangrijke zaken of onprofessionele zaken in het zorgplan te noteren. Professionele hulpverleners gaan dan weer sterk afwegen of iets niet als mogelijk bedreigend of beledigend kan overkomen naar de PZON en/of zijn/haar mantelzorger toe. *“Het feit dat je dat allemaal kan meelesen, ook de PZON zelf zorgt er toch wel voor dat je er wat voorzichtig mee wil omspringen. Het is ook zo dat zij echt een band moeten opbouwen met hun cliënt, hè. Dus je wil daar ook niemand voor het hoofd stoten als ge daar iets in zet wat die persoon dan later leest. – ANT12”* Het aspect privacy speelt hier eveneens een belangrijke rol: mag iedereen alles weten over deze persoon? Dit is in het bijzonder het geval bij persoon met een psychische kwetsbaarheid.

Voorts ervaarde de deelnemers het gedeelde en inclusieve aspect van het Alivia platform als positief, hetgeen mogelijk in de toekomst tot een veranderde dynamiek in de onderlinge communicatie tussen de teamleden zou kunnen leiden. Deelnemers geven aan dat het betrekken en het centraal plaatsen van de PZON en mantelzorgers hun in hun kracht zet. Echter, gezien de beperkte tijd van het pilootproject (rekening houdend dat velen slechts na enkele maanden effectief toegang hadden tot het platform) kunnen we nog weinig concluderen op vlak van deze veranderende dynamiek. In deze beperkte periode is Alivia dus ook geen vast communicatiekanaal kunnen worden. We merken op dat vooral de centrale spilfiguren gebruik maken van Alivia en dat de meerwaarde van een gedeeld communicatiekanaal niet tot zijn recht kan komen wanneer niet alle teamleden er (actief) gebruik van maken. *“Oké, het is een heel mooi idee dat iedereen met Alivia werkt, maar dan moet iedereen ook er mee werken. Zolang dat dat niet lukt, dan ja, dan missen we ergens iets. – ZWV10”*

Wanneer slechts enkelingen actief zaken noteren op Alivia en de rest van het zorgteam er geen gebruik van maakt, leidt dit tot een verlies aan motivatie. Hierdoor wordt er vaak teruggegrepen naar andere kanalen, omdat men niet zeker is of de input in Alivia alle teamleden bereikt heeft. De andere vaste communicatiekanalen maken bovendien reeds deel uit van de dagdagelijkse routine van de teams, en het blijkt niet eenvoudig om deze routines te veranderen. Voorbeelden van deze vaste communicatiekanalen zijn: e-mail, telefoon, silo, post-its en het fysiek zorgschrift bij de PZON thuis. Deze kanalen zouden zich beter lenen tot de communicatie over dringende, praktische zaken.

Ondanks het beperkte gebruik, geven de deelnemers wel aan dat Alivia ondersteunend kan zijn om over de grote lijnen af te stemmen met elkaar. Ook speelt dit in op reële noden om een gedeeld zorgplan en communicatiekanaal te gaan gebruiken. Voor nieuwe teamleden zou Alivia ook interessant zijn bij wijze van anamnese om te raadplegen. *“Ik denk dat, inderdaad, als het doet wat het moet doen.. dan denk ik wel dat het een interessant instrument is. Ik denk voornamelijk om van elkaar wat op de hoogte te blijven ook, van zaken die veranderd zijn, zaken die lopen, zaken die stopgezet zijn. Zowat die dingen. – ZWV10”*

Deelnemers geven aan Alivia niet enkel als een (mogelijk) online communicatiekanaal te aanschouwen, maar door de bredere methodiek ook vaker fysiek samen te komen. Mogelijks kan dit verklaard worden door het startoverleg dat verplicht georganiseerd werd in de context van het pilootproject. Dit fysiek samenkomen bij het (start)overleg, zorgde er in bepaalde teams voor dat de teamleden elkaar ook makkelijker via (asynchrone) kanalen nadien gingen contacteren. *“Alivia zorgt er voor dat mensen kennis maken met de methodiek van samen komen.. ze kunnen samen komen en kunnen communiceren over de problemen die er zijn... – ZWV09”* Alivia heeft ook het potentieel om de organisatie van reguliere MDO's in de thuiszorg te stimuleren & faciliteren en op deze manier de overlegorganisator een stuk te ontlasten. Het Alivia zorg- en ondersteuningsplan zou dan gebruikt kunnen worden om de focus van

het MDO te bepalen: *“Ik kan me wel inbeelden dat Alivia ook een voordeel kan zijn, een voorbereiding kan zijn voor een MDO. – ZWV03.”*

3.11.1 Communicatie met en door de PZON

We merken op dat slechts een beperkt deel van de PZONs zelf actief inlogt en communiceert via Alivia. De mate waarin ze Alivia gebruiken, is gelinkt aan:

- De digitale vaardigheden van de PZON;
- De (nood) aan zelfmanagement van de PZON;
- De mate waarin ze geëngageerd zijn voor het project

Indien de PZON zelf geen actief gebruik maakt van de Alivia tool, dan wordt hij/zij steeds door de teamleden betrokken. Dit gebeurt op verschillende manieren: 1) teamleden informeren de PZON met betrekking tot nieuwe informatie in het dossier; 2) de doelstellingen en overige input voor Alivia worden samen met de PZON besproken vooraleer deze in de tool te plaatsen (door het andere teamlid) en 3) het Alivia dossier wordt samen met de PZON geopend en doorlopen.

Een aantal van de deelnemende PZONs uit de trajecten die aanvankelijk weinig initiatief toonden om met Alivia aan de slag te gaan, bleken na aansporing van een gekend en vertrouwd teamlid wel beperkte engagementen met betrekking tot hun eigen Alivia dossier op te nemen. Deze ondersteuning blijkt bij een bepaalde groep van de PZONs belangrijk te zijn, gezien het niet voor iedereen even evident is om met de methodiek van doelgerichte zorg aan de slag te gaan, alsook om gebruik te maken van een online tool. Het zal dus niet mogelijk zijn om bij elke PZON te komen tot een situatie waar deze volledig instaat voor zijn/haar eigen zorg- en ondersteuningsplan.

Ja, ik heb nu twee cliënten die.. Allez, waar dat we al het een en ander genoteerd hebben. Maar ik merk dat ze uit eigen beweging daar niet mee aan de slag gaan. – ZWT10

3.11.2 Communicatie in het zorgschrift

Wanneer we specifiek kijken naar de module van het zorgschrift, dan zien we dat dit gedurende de piloottrajecten weinig gebruikt werd door de verschillende teams. Hier heerst een algemene onduidelijkheid met betrekking tot het doel waartoe dit als communicatiekanaal ingezet kan worden. Er leven nog heel veel vragen: Is dit een module waar ook informele communicatie plaats kan vinden? Of enkel formele communicatie? Wanneer communiceren we via Alivia versus wanneer gebruiken we andere kanalen? Wat doen we met personen die nog geen toegang hebben tot Alivia? , ... Daarnaast lijken mantelzorgers en professionele hulpverleners tevens verschillende verwachtingen te hebben over het zorgschrift. Mantelzorgers wensen hier informatie te vinden met betrekking tot het algemene welbevinden van de PZON vanuit hun persoonlijke bezorgdheden, terwijl professionele hulpverleners eerder informatie wensen te vinden over de opvolging van de zorgdoelen en -taken, de specifieke ondersteuningsnoden waarop zij kunnen inzetten vanuit hun rol. In veel gevallen gingen deelnemers sterk nadenken over wat ze er precies in zouden plaatsen en vonden ze de verwachtingen vanuit het project en vanuit andere leden van het zorgteam onduidelijk.

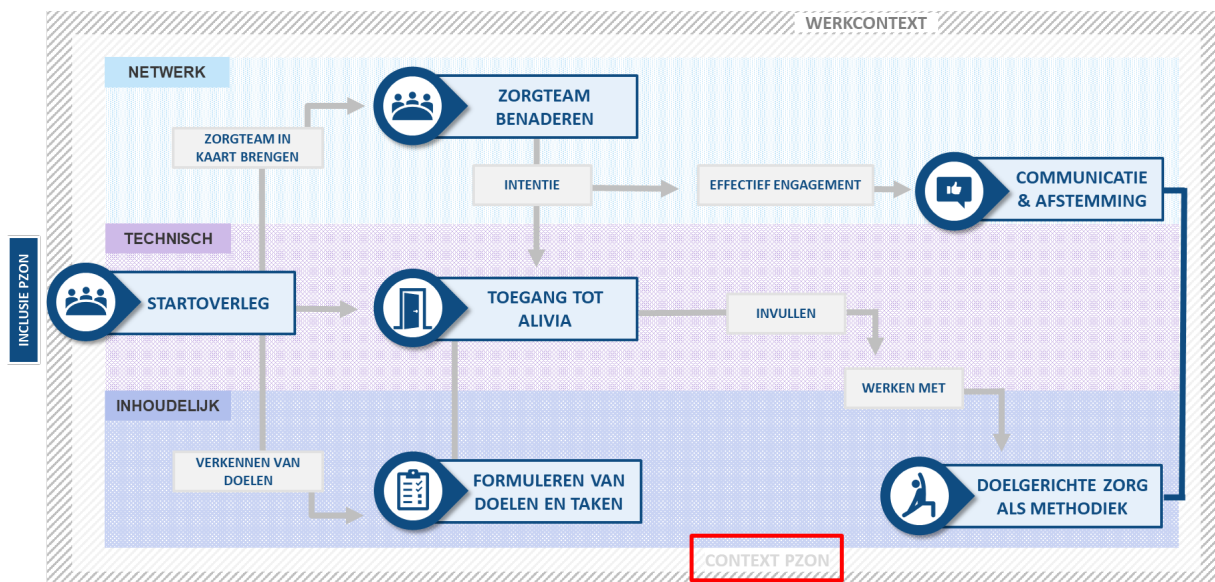
Ik had drie of vier keer per week iets kunnen intypen. Gewoon zo iets als “stabiele week”. Of euh..: “meer in de war”. De symptomen die wel aan bod komen. Maar je wilt hulpverleners ook niet té hard spammen, hé. Want als die dat voor iedereen moeten lezen... voor ons in ons leven is dat misschien belangrijk, hè, om een evolutie wel te zien. Maar voor hen misschien niet. – ANT01.

Daarentegen verwacht de PZON wel dat zijn/haar input in dit zorgschrift door alle teamleden gelezen wordt en dat zij hier bijgevolg van op de hoogte zijn, terwijl in de praktijk de teamleden niet steeds op de hoogte zijn van wat er in Alivia genoteerd staat. Het maken van afspraken binnen de teams over het gebruik van dit zorgschrift (vb. frequentie van updaten en raadplegen, welk type berichten plaatsen we hierin, ...), alsook de algemene Alivia tool, kan helpen om aan deze nood tegemoet te komen. Enkele deelnemers suggereerden ook om meldingen te kunnen ontvangen van updates die voor hen persoonlijk relevant zijn.

KEY LEARNINGS

- ✓ Deelnemers erkennen Alivia als een potentieel waardevol platform voor communicatie en afstemming binnen het zorgteam.
- ✓ Informatie in Alivia kan richtinggevend zijn in een zorgtraject, en wordt niet gezien als platform om alledaagse acties en opvolging in te registreren.
- ✓ Alivia werd tijdens het pilootproject slechts sporadisch gebruikt voor communicatie binnen het team.
- ✓ De meerwaarde van een gedeeld communicatieplatform kan niet tot zijn recht komen wanneer niet alle teamleden er (actief) gebruik van maken.
- ✓ De verwachtingen over gebruik van Alivia en het zorgschrift zijn onduidelijk.
- ✓ Het gebruik van alternatieve communicatiekanalen zorgt ervoor dat hulpverleners vaak teruggrijpen naar vertrouwde kanalen en routines.
- ✓ Alivia stimuleert fysiek overleg.
- ✓ De PZON is over het algemeen enthousiast dat deze betrokken wordt in het zorgplan, maar maakt zelf beperkt gebruik van Alivia.

3.12 De context van de PZON



Doorheen het onderzoek en meer in het bijzonder binnen de etnografische studie, gingen we als onderzoeker steeds op zoek naar hoe contextfactoren invloed uitoefenen op hoe Alivia wordt onthaald. In eerste instantie stellen we vast dat het verkennen en formuleren van levensdoelen een zekere mentale ruimte veronderstelt bij de PZON (en eventueel mantelzorger). Doorheen de verschillende geïnccludeerde casussen waren er regelmatig casussen waarbij het starten met Alivia uitgesteld werd

vanwege situationele omstandigheden: een plotse verslechtering van gezondheidsproblematiek, een psychisch moeilijke periode of een ander life event dat op de voorgrond staat. *“Het dossier is nog niet opgestart, omdat het gewoon allemaal, omdat het een beetje veel was – ZW02.”* Het werken met levensdoelen is iets wat men ziet als lange termijn doelstellingen, dewelke geregeld door korte termijn, acute gebeurtenissen op de achtergrond komen te staan.

We zijn de laatste tijd vooral bezig met brandjes blussen. We hebben geen tijd, of geen energie, om na te denken over kwaliteit van leven. Je zou zo eens rustig de tijd moeten nemen om een gesprek aan te gaan over die doelen en om dat allemaal rustig door te spreken – ANT14.

Het maakt dan ook een wezenlijk verschil of men het startoverleg organiseert in een moment waarop de PZON een relatief stabiele periode heeft waarin er weinig nieuwe zorgnoden ontstaan versus een moment waarop de PZON veel aan het hoofd heeft of zich in een crisissituatie bevindt. Het verkennen van levensdoelen vergt een bepaalde ruimte in het hoofd en deelnemers geven aan dat ze dit idealiter op een rustig moment in handen nemen. In één casus gaf men aan dat ze merkten dat de PZON tijdens het startoverleg een slechte dag had en dat dit wellicht invloed heeft gehad op de doelen die uiteindelijk in Alivia zijn beland. Hoewel het startoverleg doorgaans een zeer richtinggevend moment is in het Alivia traject, is het belangrijk om op verschillende momenten in te checken en zich bewust te zijn van mogelijke life events die het gesprek op dat moment kleuren. Ondanks de tendens die we zien om te focussen op korte termijn zaken die zich aandienen, kan het werken met levensdoelen ook bijdragen aan het verdere richting geven van een situatie waarin er in het traject van de PZON veel gaande is.

Voorts is het tijdens een Alivia traject belangrijk om de sociale context van de PZON niet uit het oog te verliezen. In veel gevallen is de PZON niet de enige in het gezin of de nabije omgeving met (complexe) zorgnoden. Momenteel laat het Alivia platform het niet toe om informatie over zorgnoden van andere gezinsleden mee op te nemen. Dit is in bepaalde gevallen echter wel relevant, gezien de zorgnoden van de één vaak invloed uitoefenen op de zorgnoden van de ander. Daarnaast stellen we geregeld vast dat financiële- of woonomstandigheden van de PZON vaak impact heeft op wat mogelijk is op vlak van bepaalde zorgdoelen. Wanneer de PZON bijvoorbeeld geen eigenaar van de woning is, is er vaak minder mogelijk op vlak van aanpassingen in de infrastructuur voor bijvoorbeeld rolstoelafhankelijkheid, of het plaatsen van een personenalarm. Het screenen van belangrijke contextfactoren rondom de PZON kan derhalve belangrijke informatie opleveren.

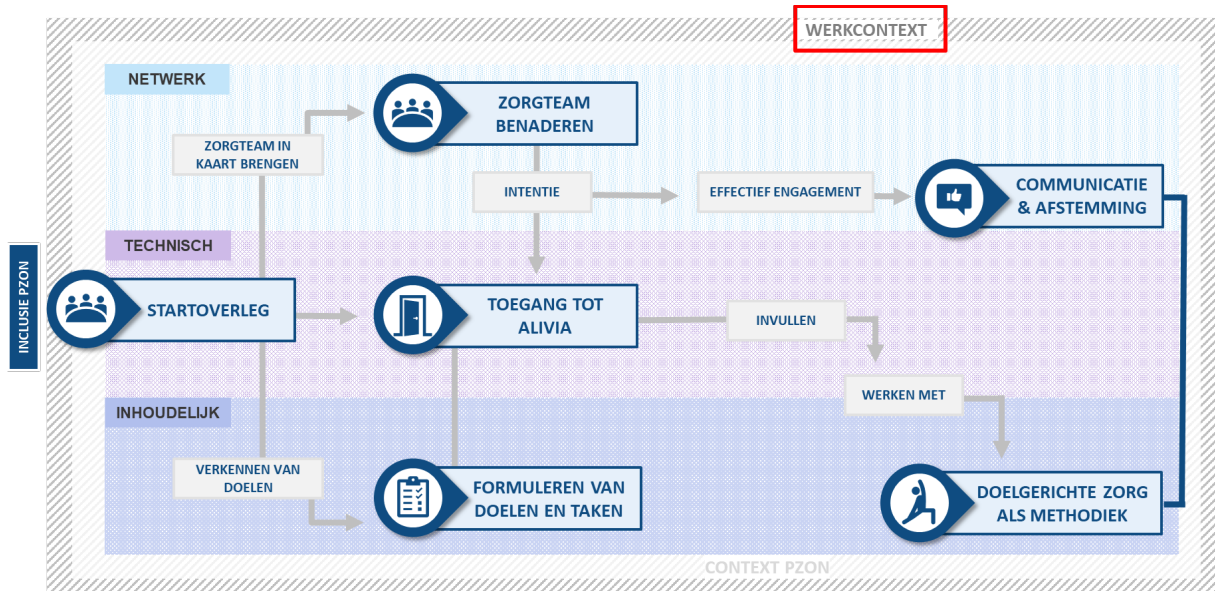
Daarnaast bemerken we bij gesprekken over levensdoelen en waarden van de PZON dat de setting waarin dit plaatsvindt relevant kan zijn voor het faciliteren van dergelijk gesprek. Wanneer een gesprek over levensdoelen plaatsvindt in de thuissituatie van de PZON, kunnen omgevingskenmerken een aangrijpingspunt zijn om het gesprek mee te faciliteren. Zo zagen we bijvoorbeeld bij een gesprek dat plaatsvond met uitzicht op een moestuintje, dat de PZON hier geregeld naar verwees tijdens het vertellen en op deze manier pikte de hulpverlener dit op als iets dat belangrijk is voor de PZON. Aandacht voor de (sociale) context van de PZON is belangrijk bij het reflecteren op de doelen van de PZON en om de hulpvraag zo holistisch mogelijk in kaart te brengen.

KEY LEARNINGS

- ✓ Wanneer er in het leven van de PZON veel gaande is (vb. familiale gebeurtenissen, verergering van lichamelijke symptomen of andere crisissituaties) zorgt dit ervoor dat er weinig mentale ruimte is om met levensdoelen aan de slag te gaan. De focus in de zorg ligt dan op “brandjes blussen.”

- ✓ Bij het verkennen van de doelen van de PZON, kan de omgeving informatie opleveren of richting geven aan het gesprek.

3.13 De werkcontext



Op vlak van werkcontext is de hoge werkdruk en het gebrek aan tijd de meest aangehaalde reden om niet in te stappen in het Alivia project, of waarom de deelname louter passief blijft. Doorheen het pilootproject waren voornamelijk huisartsen moeilijk bereikbaar of botste men al gauw op weerstand: *“als ik dat met 30 à 40 patiënten moet doen, dan is er geen beginnen aan. – ANT12”* De meerwaarde van Alivia wordt in grote mate pas aantoonbaar wanneer verschillende leden van het zorgteam ingestapt zijn en er afstemming tussen verschillende disciplines mogelijk is. In de pilootfase is het voornamelijk moeilijk om zorgprofessionals te overtuigen door de voordelen te benadrukken. Daarnaast werd ook geregeld aangehaald dat ze reeds een ander platform gebruiken om zaken te noteren of informatie uit te wisselen, bijvoorbeeld Helena of een intern systeem binnen de organisatie. De Alivia tool wordt dan aanschouwd als bijkomende administratie waarbij er voor sommige zaken ook overlap is in wat men waar rapporteert. *“Goh hopelijk lukt da wel nog, hè... Om dat een beetje te managen met hetgeen waar we nu al aan moeten voldoen vanuit de overheid. – ZWV10”*. Daarnaast stellen we ook vast dat bepaalde organisaties, vaak diegenen die een veelheid aan verschillende diensten aanbieden, zelf zoekende zijn naar meer stroomlijning van hun activiteiten en afstemming tussen verschillende hulpverleners. Zij hebben dan ook interesse in de Alivia tool en hopen dat dit aan hun nood aan betere afstemming tegemoetkomt.

In het eerste pilootproject van Alivia hebben verschillende settings in het Vlaamse eerstelijnslandschap deelgenomen. We stellen vast dat de eigenheid van de sector impact heeft op hoe men Alivia onthaalt en er invulling aan geeft. In trajecten waar men al zeer persoonsgericht werkt zoals bij DOP trajecten kan Alivia een verlengstuk zijn in de huidige manier van werken. Levensdoelen en waarden van de PZON zijn er doorgaans al gekend en worden meer expliciet gemaakt in de Alivia tool en idealiter verbreed tot andere leden van het zorgteam. Over het algemeen lijken beroepsgroepen die al meer aanleuning hebben bij doelgerichte zorg makkelijker over de streep te trekken dan zij die minder affiniteit hebben met deze manier van werken. Het verschilt tevens sterk per (type) hulpverlener hoe vaak deze gewoonlijk met de PZON contact heeft. In intensieve trajecten waarbij de PZON regelmatig een consult

heeft, is er gedurende de looptijd van het pilootproject meer ruimte geweest om de Alivia tool uit te testen. Een hoog personeelsverloop in bepaalde settings is dan weer een belemmerende factor. Alivia veronderstelt immers dat de PZON samen met een relatief stabiel zorgteam richting de doelen voortbeweegt, wat moeilijker uitvoerbaar is wanneer de leden van het zorgteam wisselend zijn.

Tot slot zien we ook dat het delen van informatie in sommige settings tot gevoeligheden kan leiden. Meer specifiek in een context van complexe, psychische problematiek is het noteren van persoonlijke informatie die door het gehele zorgteam gelezen kan worden niet altijd wenselijk. *“Als zij dan in dat Alivia dossier gaan, en ze lezen dan dingen die misschien verkeerd geïnterpreteerd worden... Of de dochter heeft toevallig iets geschreven dat hem niet aanstaat... Ja, dat zijn soms moeilijke dingen. – ZWV10”* We zien dat sommige zorgteams bewust een persoon niet hebben opgenomen, omdat de PZON niet alles wenst te delen. Een aantal hulpverleners vermeldde ook dat zij enige terughoudendheid hadden om bepaalde zaken in Alivia te noteren: *“Ik heb er lang over nagedacht van hoe moet ik dat nu formuleren? En ik heb nu aan mijn collega vanmorgen nu nog gevraagd om het eens na te lezen. – ZWV03”*. Hoewel het delen van informatie met verschillende leden van het zorgteam doorgaans positief wordt onthaald omwille van verbeterde afstemming, kan het ook leiden tot terughoudendheid en voorzichtigheid in wat er precies genoteerd wordt (zie ook: 3.11 Communicatie en afstemming).

3.13.1 Het dubbel registreren

Een grote bezorgdheid bij het introduceren van de Alivia tool is voor hulpverleners dat dit extra workload betekent en onnodige registratie met zich meebrengt. Dit gevoel versterkt wanneer er zaken zijn die naar aanleiding van Alivia dubbel genoteerd zouden moeten worden. *“De realiteit is eigenlijk dat het combineren van én registreren via Alivia én registreren via ons platform dat wij vanuit [onze organisatie] moeten doen. Dat is eigenlijk een enorm werk. – ZWV02”* Zo zien we dat in veel gevallen er al bepaalde zorgdoelen en zorgtaken elders geregistreerd staan. Een korte situatieschets van de PZON is iets dat in bestaande trajecten eveneens al genoteerd is. Afhankelijk van de setting waarin hulpverleners werken, is er doorgaans al een systeem waarvan zij verondersteld worden bepaalde zaken over het zorgtraject van de PZON te noteren. Dit zal dan steeds prioriteit krijgen om in te vullen. Een andere groep hulpverleners vermeldt ook externe platformen waarvan zij al gebruik maken, zoals Helena, Care Connect of Nexushealth. Dit is vaak een reden om niet in te stappen in het Alivia project: *“We zitten al met ons eigen systeem. – ZWV03”*

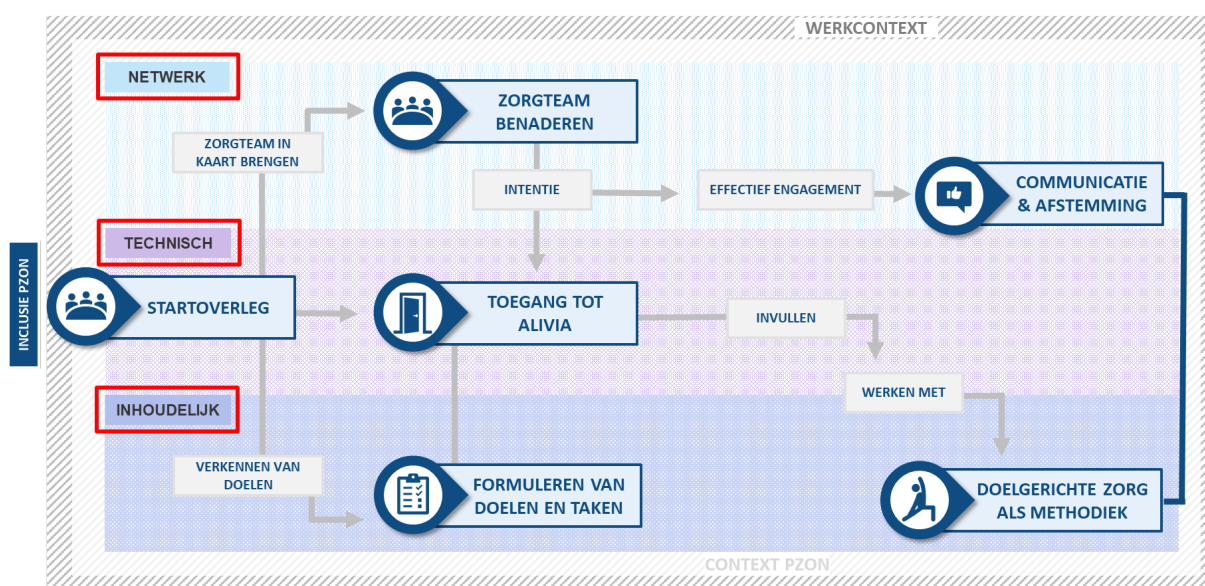
Voor diegenen die wel instappen in het pilootproject is initieel er bij velen nog een zekere bereidheid om bepaalde zaken dubbel te noteren, gezien het om een testfase gaat. We stellen vast dat een aantal hulpverleners bepaalde zaken in Alivia plaatsen en vervolgens alsnog een bericht sturen via een ander communicatiekanaal om zeker te zijn dat het gelezen wordt (zie ook: 3.11 Communicatie en afstemming). In sommige gevallen nam de mantelzorger het op zich om zoveel mogelijk informatie bij hulpverleners te bevragen en dit vervolgens zelf in Alivia in te geven. Wanneer de tool zoals in deze pilootfase onvoldoende gebruikt wordt door een aantal teamleden, dan kan het ingeven van informatie een grote belasting voor één teamlid worden.

Met het oog op een duurzame implementatie is het van belang dat er informatiedoorstroom mogelijk is, of dat de link met bestaande systemen gemaakt wordt.

KEY LEARNINGS

- ✓ Er heerst bezorgdheid bij hulpverleners over extra werk en dubbele registratie bij de implementatie van Alivia, in het bijzonder omdat zij al bestaande registratiesystemen gebruiken.
- ✓ De eigenheid van de sector waarin een zorgprofessional werkzaam is leidt tot een andere interpretatie en invulling van hoe Alivia benaderd wordt. De verwachtingen over waar het platform effectief toe dient zijn soms nog onduidelijk.
- ✓ Een grote bezorgdheid is dat het gebruik van Alivia voor extra workload zorgt en dat het onnodige/dubbele registratie met zich meebrengt.

3.14 Bepalende mechanismen



Doorheen de trajecten die we in het eerste Alivia pilotproject gevolgd hebben, stellen we een aantal mechanismen vast die het werken met Alivia faciliteren en/of bemoeilijken. We delen deze mechanismen op in drie thema's:

- **Technisch:** mechanismen die te maken hebben met het technische gedeelte van het platform. Het gaat over het toegang krijgen tot het platform, het aanmaken en raadplegen van het digitaal zorg- en ondersteuningsplatform via de website of app, het communiceren van informatie met betrekking tot het zorgtraject.
- **Netwerk/samenwerking:** mechanismen gerelateerd aan het samenstellen van het zorgteam, het betrekken van formele en informele hulpverleners, de actieve of passieve participatie van verschillende leden van het zorgteam.
- **Inhoudelijk/methodiek:** mechanismen met betrekking tot de methodiek rond doelgerichte zorg zelf, het formuleren en werken rond levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken.

3.14.1 Technisch

Op technisch vlak heeft het eerste Alivia pilootproject heel wat tegenwind gekend. Het toegang krijgen tot het platform bleek een groot struikelblok. Deelnemers ervoeren de procedure als complex en omslachtig vanwege het gebruik van verschillende externe systemen zoals Itsme en Mijn Gezondheid.

“Ik snap niet waarom dat niet allemaal gecentraliseerd is en dat je op verschillende pagina’s toegangen moet aanvragen enzo. En ik ben dan nog zelfs iemand die tamelijk goed is met computers enzo. – ANT15” Ze liepen tevens nog geregeld vast op foutmeldingen, waardoor het in sommige gevallen niet lukte om toegang te krijgen tot het platform. Een groot deel van de deelnemers is er pas enkele weken tot enkele maanden na de start van het pilootproject in geslaagd om toegang te krijgen tot Alivia.

We stellen vast dat in bijna alle trajecten een lid van het zorgteam het voortouw heeft genomen wat betreft de aanmaken van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan en het verkrijgen van de toegang. In veel casussen was het de zorgcoördinator die op die manier in realiteit een Alivia facilitator is geworden (zie: 3.10 Zorgteam benaderen). Dit duidt erop dat het in zijn huidige vorm moeilijk is voor de PZON om zelf aan de slag te gaan met het inloggen op en aanmaken van een persoonlijk dossier. Er is dan ook nood aan iemand die dit proces begeleidt en faciliteert.

Ja, je moet dan zelf in “Mijn Gezondheid” die personen opzoeken en hen dan toestemming geven. En voor mensen die, ja, die niet gewoon zijn van met de computer te werken... dat lukt echt niet. Dus wij hebben dat dan gewoon samen gedaan. En dan ook telkens als er iemand nieuw bijkwam, een apotheek, of een kinesist, moest die PZON ook elke keer die goedkeuring geven: “oké ja die mag mee in dat team zitten.” – ANT18

De toegangsproblemen zorgden veelal voor vertraging bij deelnemers die erg gemotiveerd waren om Alivia te gebruiken. Echter, wanneer personen initieel al twijfels hadden over Alivia, dan zorgden de toegangsproblemen doorgaans voor een verlies aan motivatie. We hebben veel cases geobserveerd waarin deelnemers (vaak inclusieverantwoordelijken) het zorgteam rondom een PZON actief hebben moeten overtuigen om deel te nemen aan het pilootproject. Terughoudendheid was in de meeste gevallen te wijten aan de tijdsinvestering die het zou kosten in een al drukke agenda. Wanneer zij vervolgens al aan het begin van het project merken dat de toegangsprocedure tijdrovend is, dan haakten zij doorgaans volledig af. In veel trajecten zijn er een aantal hulpverleners die toegezegd hebben om deel te nemen aan het pilootproject, maar uiteindelijk niet effectief aan de slag zijn gegaan met het platform.

We stellen tevens een aantal situaties vast waarin het technische luik van Alivia, bijvoorbeeld technische opties of mogelijkheden die in de eerste pilootfase nog niet beschikbaar waren, bepaalde acties of beslissingen van de deelnemers hebben gestuurd.

- Een groot deel van de deelnemers uitten dat ze graag meldingen zouden krijgen wanneer er een update is in een Alivia dossier, die voor hen relevant is. In de huidige vorm was het voor deelnemers niet duidelijk of en wanneer er iets nieuws was toegevoegd aan het zorg- en ondersteuningsplan. Bijgevolg was er veel onzekerheid over hoe vaak en op welke momenten het wenselijk was om het Alivia platform te openen. Ze openden het vervolgens louter wanneer zij een afspraak hadden met de PZON, of logden om de week of om de twee weken eens in om kort te screenen of er een update was.
- Een aantal deelnemers was op zoek naar een manier om bepaalde informatie af te scheiden van leden van het zorgteam. Zo waren er bijvoorbeeld teams waarbij overwogen werd om de poetshulp te includeren in het Alivia dossier, maar waarbij de PZON niet wenste dat deze persoon bepaalde persoonlijke informatie zou kunnen zien. Gezien dit in zijn huidige vorm niet mogelijk was, leidde dit er in een aantal gevallen toe dat de poetshulp uiteindelijk niet is meegenomen in het zorgteam.

KEY LEARNINGS

- ✓ Het technische luik, in het bijzonder de inlogproblemen, zorgden voor vertraging in de opstart van een Alivia dossier en demotivatatie bij leden van het zorgteam.
- ✓ Doordat bepaalde technische aspecten in Alivia 1.0 nog niet beschikbaar waren, handelden deelnemers soms op een andere manier dan ze voor ogen hadden.

3.14.2 Netwerk

Op vlak van het netwerk rondom de PZON is één van de voordelen van Alivia dat het voor zorgprofessionals zichtbaar maakt welke hulpverleners deel uitmaken van het zorgteam rondom de PZON. Dit is iets wat in andere platforms niet het geval is. Met het oog op het stimuleren van interprofessionele samenwerking is het waardevolle informatie voor zorgprofessionals om te weten wie er betrokken is bij het zorgplan van de PZON. Dit is bovendien faciliterend bij het organiseren van een MDO.

Doorheen het eerste Alivia pilootproject was het een uitdaging om het zorgteam rondom de PZON te betrekken. We stellen vast dat er in de geïncludeerde teams doorgaans een aantal zeer betrokken spilfiguren zijn die bijvoorbeeld in het startoverleg het voortouw nemen (zie: 3.6 Startoverleg). Zij nemen het vaak ook op zich om andere leden van het zorgteam te benaderen met de vraag of zij willen instappen in het pilootproject (zie: 3.10 Zorgteam benaderen). *“Ik heb daar zelf nog contact mee opgenomen. Ik heb misschien wat mijn stoute schoenen aangetrokken en heb die meermaals gebeld. Uiteindelijk ben ik er dan ook geraakt en ben ik daar effectief in de wachtzaal beland. – ANT12”* In veel gevallen was er een deel van het zorgteam dat niet wilde instappen, vaak omwille van de tijdsinvestering of een onduidelijke meerwaarde. Daarnaast is er ook een deel dat initieel wel de intentie had om deel te nemen, maar uiteindelijk is afgehaakt na bijvoorbeeld inlogproblemen (zie: 3.14.1 Technisch). Nog een ander deel is dan weer wel ingelogd geraakt op het platform, maar hun deelname was veelal passief. De intentie om deel te nemen leidde er uiteindelijk niet altijd toe dat er ook een effectief engagement was. Er werden bijvoorbeeld geen bijkomende doelen of taken geformuleerd, of er is geen gebruik gemaakt van het zorgschrift. Het is onduidelijk of deze personen die passief lid waren van het zorgteam in Alivia het platform al dan niet geraadpleegd hebben gedurende het verloop van het pilootproject.

Aangezien in de meeste casussen een groot deel van het zorgteam geen toegang had of geen actieve bijdrage leverde aan het digitaal zorg- en ondersteuningsplan, zorgde dit voor demotivatatie bij de personen die wel actief met Alivia aan de slag gingen. *“Voor wie zou ik iets moeten melden? Er zit niemand anders in. – ANT15”* Het gebruik van Alivia nam bijgevolg bij hen ook geregeld af. De meerwaarde van Alivia wordt voornamelijk gezien in het kunnen afstemmen en communiceren met verschillende hulpverleners. Wanneer slechts een beperkt aantal leden van het zorgteam lid zijn, ervaart men deze meerwaarde op dit moment nog niet. Dit is een belangrijke reden waarom personen die initieel wel gemotiveerd waren en geloven in het idee achter Alivia toch nog afhaken. *“Het is een heel mooi idee dat iedereen met Alivia werkt, maar dan moet iedereen er ook mee werken. Zolang dat niet lukt, dan ja.. dan missen we ergens iets.” – ZWV10*

KEY LEARNINGS

- ✓ Alivia maakt zichtbaar welke hulpverleners (al dan niet actief of passief) deel uitmaken van het zorgteam rondom de PZON. Dit is voor zorgprofessional waardevolle informatie.
- ✓ De meerwaarde van Alivia op vlak van communicatie en afstemming zal voornamelijk zichtbaar zijn wanneer het gehele zorgteam deelneemt aan het digitaal zorg- en ondersteuningsplan van de PZON. In veel casussen waren er in het eerste pilootproject slechts enkele leden van het zorgteam lid, waardoor er slechts in beperkte mate afstemming en communicatie kon plaatsvinden.

3.14.3 Inhoudelijk

Deelnemers aan het Alivia pilootproject geven aan dat het niet eenvoudig is om levensdoelen te formuleren en een helder onderscheid te maken tussen zorgdoelen en zorgtaken. Zorgteams vertrekken doorgaans van wat ze al kennen of doen (zie: 3.8 Formuleren van doelen en taken), wat tegelijk een sterkte is maar ook een valkuil kan zijn. Teams die starten vanuit zorgtaken die al geformuleerd waren, koppelen hier later levensdoelen aan. We zien echter doorheen de verschillende casussen dat er regelmatig levensdoelen geformuleerd zijn die volgens de methodiek van doelgerichte zorg eigenlijk geen levensdoelen zijn. Voorbeelden daarvan zijn “gezond eten”, “slaapkwaliteit verbeteren”, “pijnbestrijding”. Hoewel we niet steeds hebben kunnen observeren op welke manier de zorgteams op deze levensdoelen zijn gekomen, heeft dit vermoedelijk te maken met het teruggrijpen naar een focus die er al was. We zien dat de PZON tevens als er breed wordt gevraagd: “wat zou je nog veranderd willen zien?” deze doorgaans antwoordt met een medische insteek en focust op wat niet (meer) lukt vanwege gezondheidsproblematiek. Dit leert ons dat om daadwerkelijk doelgericht te werken zowel de hulpverleners als de PZON dienen ondergedompeld te worden in de benadering en dat het noodzakelijk is om te reflecteren op de geformuleerde doelen.

Daarenboven stellen we vast dat bij het verlenen van zorg op basis van de geformuleerde levens- en zorgdoelen er opnieuw een valkuil schuilgaat in het benaderen van deze doelen als een checklijst die systematisch moet worden afgegaan. Tijdens een aantal observatiemomenten zien we dat de hulpverlener Alivia erbij neemt en samen met de PZON overloopt in hoeverre er reeds gewerkt is rond een bepaald doel. Hoewel dit ertoe leidt dat de verschillende thema's die de PZON belangrijk vindt aan bod komen, zien sommigen hierin een valkuil wanneer het te zeer als een checklijst wordt afgevinkt. Dit zou namelijk kunnen afleiden van de persoonsgerichte aanpak die de benadering van doelgerichte zorg nastreeft:

We laten ons hierbij te sterk door het sjabloon leiden en focussen te veel op het formuleren van doelen en opvolgen van taken in plaats van te kijken naar de persoon. Alivia mist sensitiviteit om mismatch te merken tussen wat en hoe het gezegd wordt. Alivia mist ook om niet diepgaand genoeg gesprekken te hebben en te veel met de checklijst gewerkt te hebben in plaats van te focussen op de persoon en het versterken van die zijn zelfwaarde. – ZWV05

KEY LEARNINGS

- ✓ Ondersteuning en reflectie is nodig om levensdoelen te formuleren, opdat de geformuleerde doelen daadwerkelijk het karakter hebben van levensdoelen.
- ✓ Er is een valkuil om geformuleerde doelen als een checklijst te behandelen, eerder dan het persoonsgericht werken centraal te stellen.

3.15 Attributen die implementatiesucces voorspellen

De attributen van Rogers' Diffusion of Innovations Theory bieden cruciale inzichten voor het verbeteren van implementatieprocessen, doordat ze systematisch de factoren identificeren die bepalend zijn voor het succes van een innovatie (figuur 6). Volgens deze theorie zijn vijf kernattributen - relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, experimenteerbaarheid en observeerbaarheid - essentieel voor de snelheid en breedte van adoptie. Innovaties die positief scoren op deze attributen hebben meer kans om geaccepteerd te worden door de beoogde gebruikers. Door de eigenschappen van de innovatie, zoals Alivia, te analyseren in het kader van deze attributen, kan men gerichte strategieën ontwikkelen om de implementatie te optimaliseren. Innovaties die bijvoorbeeld goed aansluiten bij de bestaande normen en waarden van gebruikers (compatibiliteit), eenvoudig te testen zijn (experimenteerbaarheid), of makkelijk zichtbaar zijn in hun voordelen (observeerbaarheid), zullen waarschijnlijk sneller geadopteerd worden en meer impact hebben. Tabel 7 geeft een overzicht van de betekenis van ieder attribuut en een voorbeeld van hoe dit aan bod kon komen gedurende de observaties en interviews.

Het inzicht in deze factoren stelt organisaties in staat om interventies en communicatie te verfijnen, wat de kans op succesvolle implementatie van Alivia vergroot.

Figuur 6 Attributen die implementatiesucces voorspellen, Rogers Diffusion of Innovations theory



Tabel 7 Overzicht codering op basis van attributen

Attribuut	Betekenis	Voorbeeld
Compatibiliteit	Hoe compatibel is Alivia met bestaande praktijken, routines, waarden, ideeën, noden, systemen?	ZP vertelt dat ze binnen de organisatie al een registratiesysteem hebben en dat het invullen op Alivia dubbel werk is.
Experimenteerbaarheid	In hoeverre is het mogelijk om Alivia uit te testen en er je eigen stijl in te vinden?	ZP vertelt dat het een beetje zoeken is hoe het gesprek over levensdoelen het beste geïnitieerd kan worden.
Relatief voordeel	In hoeverre is Alivia beter dan het huidige alternatief? In hoeverre wordt er een voordeel van Alivia gezien?	ZP vertelt dat Alivia kan bijdragen aan betere afstemming tussen verschillende hulpverleners en de PZON.

Observeerbaarheid	Hoe zichtbaar zijn de voordelen van Alivia?	ZP merkt dat het noteren van de levensdoelen in Alivia ervoor zorgt dat een gesprek met de PZON meteen een duidelijke richting krijgt.
Complexiteit	Hoe eenvoudig of moeilijk is Alivia om te begrijpen en te gebruiken?	PZON vermeldt dat het verwarrend is wat levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken precies zijn.

3.15.1 Compatibiliteit en de implementatie van Alivia

Het attribuut compatibiliteit suggereert dat een innovatie meer kans van slagen heeft wanneer deze aansluit bij de bestaande waarden, normen, praktijken en behoeften van de doelgroep. In het geval van Alivia, betreft dit zowel de waarden van hulpverleners als de praktische en organisatorische context waarin zij opereren.

a. Compatibiliteit met waarden en normen

Alivia en de methodiek van doelgerichte zorg sluiten goed aan bij de wens van hulpverleners om meer persoonsgerichte zorg te bieden. Het gebruik van Alivia wordt als positief ervaren door hulpverleners die de noodzaak voor interprofessionele samenwerking erkennen. Voor hulpverleners die nieuw zijn met doelgerichte zorg, biedt Alivia een waardevolle manier om zorg meer in lijn te brengen met de wensen van de PZON (persoonlijk zorgtraject). Het succes van Alivia hangt af van het vermogen van hulpverleners om de visie van persoonsgerichte zorg te omarmen en deze als kern van hun professionele rol te beschouwen.

b. Compatibiliteit met noden in de zorg

Alivia beantwoordt een belangrijke behoefte voor betere afstemming en samenwerking tussen hulpverleners. De verwachting is dat Alivia als gedeeld platform zal helpen om hulpverleners meer inzicht te geven in elkaars doelen en interventies binnen een zorgtraject, waardoor zorg meer op elkaar afgestemd wordt. Er is echter een belangrijke vraag naar flexibiliteit in het platform, zodat het kan inspelen op de dynamiek van zorgtrajecten en de veranderende omstandigheden bij de PZON. Daarnaast zijn bepaalde organisaties reeds geëngageerd om cliënten zelf meer betrokken te maken bij het zorgproces via een online profiel, wat Alivia voor hen kan invullen.

c. Compatibiliteit met bestaande werkwijzen

Alivia komt in sommige settings bovenop de bestaande systemen die hulpverleners gebruiken om informatie te registreren. Dit kan voor terughoudendheid zorgen, aangezien het toevoegen van een nieuw systeem (Alivia) extra werklast betekent. Hulpverleners geven de voorkeur aan de systemen waarmee zij al vertrouwd zijn en die als eerste worden gebruikt voor het registreren van zorginformatie. Om Alivia effectief te implementeren, is het belangrijk dat het platform naadloos integreert met bestaande communicatie- en registratiekanalen, zodat het niet als een extra belasting wordt ervaren.

De compatibiliteit van Alivia met de waarden van hulpverleners, de noden in de zorg en de bestaande praktijken van hulpverleners zijn cruciale factoren voor een succesvolle implementatie. Alivia moet flexibel zijn, aansluiten bij de visie van hulpverleners, en integreren met bestaande werkprocessen om draagvlak en gebruik te maximaliseren.

3.15.2 Relatief voordeel en de implementatie van Alivia

Het attribuut relatief voordeel benadrukt dat de kans op succes van een innovatie groter is wanneer gebruikers de voordelen ervan erkennen en deze als verbetering ervaren in hun situatie, praktijken of rol. In het geval van Alivia draait dit om de gepercipieerde voordelen die hulpverleners zien in de tool en de methodiek van doelgerichte zorg.

a. Waarde van de Alivia-tool

De deelnemers aan het pilootproject waarderen het idee achter Alivia over het algemeen sterk. De visie van het platform wordt als veelbelovend ervaren, vooral als het de samenwerking tussen hulpverleners, cliënten en andere betrokkenen verbetert. De methodiek van doelgerichte zorg wordt als positief ervaren, omdat deze de cliënt meer centraal stelt, wat de communicatie en samenwerking tussen hulpverleners ten goede kan komen. Dit ziet men als een belangrijk voordeel in het verbeteren van de zorg.

b. Verwachte voordelen van betere afstemming

Er is ook de verwachting dat Alivia de communicatie en afstemming tussen hulpverleners, de PZON en diens context zal verbeteren. Deelnemers geven aan dat het platform noodzakelijk is om inzicht te krijgen in wat andere hulpverleners doen en waar zij zich op richten, wat de samenwerking en effectiviteit van zorgtrajecten zal versterken. Het idee dat Alivia als een gedeeld platform fungeert, wordt als een significant voordeel gezien, dat bij volledige implementatie het zorgproces zal verbeteren.

c. Beperkingen in de huidige implementatie

Na het eerste pilootproject blijkt echter dat het volledige potentieel van Alivia nog niet tot uiting komt. Dit komt doordat in veel gevallen slechts een beperkt aantal hulpverleners betrokken was bij het gebruik van het platform, waardoor er weinig communicatie en afstemming plaatsvond. Het gebruik van Alivia door slechts een klein deel van het zorgteam werd als demotiverend ervaren, omdat er geen respons was op de ingevoerde gegevens. Dit benadrukt het belang van een bredere betrokkenheid van het zorgteam bij de implementatie van het platform, zodat de gepercipieerde voordelen daadwerkelijk tot hun recht komen. De verwachting is dat zodra het hele zorgteam gebruikmaakt van Alivia, de meerwaarde duidelijker zal worden en het platform beter in staat zal zijn om de afstemming en samenwerking te verbeteren.

3.15.3 Observeerbaarheid en de implementatie van Alivia

a. Observeerbaarheid en de implementatie van Alivia

Het attribuut observeerbaarheid stelt dat innovaties waarvan de resultaten zichtbaar zijn, een grotere kans op succes hebben. Dit betekent dat wanneer de voordelen van een innovatie gemakkelijk te zien zijn, dit de adoptie en implementatie bevordert. In het geval van Alivia speelt de zichtbaarheid van de uitkomsten een belangrijke rol, hoewel de voordelen van afstemming en communicatie nog in een vroeg stadium zijn.

b. Zichtbare resultaten in zorgafstemming

Een van de zichtbare elementen van Alivia is het actief noteren van doelen die relevant zijn voor de PZON. Het vastleggen van bijvoorbeeld levensdoelen van de cliënt maakt gesprekken meer gericht op wat voor de PZON belangrijk is, in plaats van de meer medische benadering

die vaak centraal staat. Dit wordt door hulpverleners als een waardevolle verandering gezien, omdat het hen helpt de zorg beter af te stemmen op de persoonlijke behoeften van de cliënten. Dit verhoogt de zichtbaarheid van de PZON binnen het zorgproces, wat als een positieve verandering wordt ervaren.

c. Coherente en overzichtelijke zorgplannen

Een ander zichtbaar resultaat is de mogelijkheid om met Alivia een coherent en overzichtelijk zorgplan op te stellen, waarin de belangrijkste informatie van het zorgtraject duidelijk wordt gepresenteerd. Dit maakt het voor hulpverleners gemakkelijker om de zorgbehoeften van de PZON in kaart te brengen en te communiceren met andere hulpverleners. De zichtbaarheid van het zorgplan draagt bij aan een meer gestructureerde en efficiënte zorgverlening, wat als positief wordt ervaren door zowel hulpverleners als de PZON.

d. Zichtbaarheid van Alivia's functionaliteiten

Ondanks de positieve erkenning van de meerwaarde die Alivia biedt, wordt de huidige versie van het platform, Alivia 1.0, nog niet als voldoende gebruiksvriendelijk of visueel aantrekkelijk beschouwd. Deelnemers geven aan dat het platform nog niet intuïtief genoeg is om snel en efficiënt de relevante informatie te vinden. Ze verwachten dat toekomstige updates de gebruiksvriendelijkheid verbeteren, zodat hulpverleners in één oogopslag de belangrijkste informatie kunnen zien en gemakkelijk kunnen navigeren tussen de verschillende onderdelen van het platform. Een verbeterde visuele en functionele weergave van de zorginformatie zal waarschijnlijk de motivatie van hulpverleners verhogen om Alivia meer te gebruiken, wat de zichtbaarheid en effectiviteit van het platform ten goede zal komen.

De observeerbaarheid van Alivia is een belangrijk aspect voor het succes van de implementatie. Het vastleggen van doelen en het creëren van overzichtelijke zorgplannen maakt de voordelen van het platform zichtbaar, maar er is nog ruimte voor verbetering in de gebruiksvriendelijkheid en visuele aantrekkelijkheid. Wanneer deze aspecten worden geoptimaliseerd, zal de zichtbaarheid van de voordelen van Alivia toenemen, wat de motivatie en het gebruik van het platform zal bevorderen.

3.15.4 Experimenteerbaarheid en de implementatie van Alivia

Het attribuut experimenteerbaarheid stelt dat een innovatie meer kans van slagen heeft wanneer gebruikers de mogelijkheid hebben om verschillende manieren van werken uit te testen en aan te passen binnen de innovatie. Dit bevordert het leerproces en verhoogt de kans op succesvolle adoptie. In het geval van Alivia bleek de experimenteerruimte tijdens de proefperiode echter beperkt, vooral gezien de korte tijd en technische problemen die de initiële implementatie vertraagden.

a. Beperkte experimenteerruimte door korte proefperiode

De proefperiode van het Alivia-project was relatief kort, wat de mogelijkheid om de tool grondig te testen en aan te passen beperkte. Verschillende teams hadden vanwege technische problemen pas na enkele maanden de kans om daadwerkelijk met het platform te werken, waardoor de tijd om te experimenteren met de functionaliteiten van Alivia sterk ingekort werd. Dit beperkte de ruimte om met de tool verschillende manieren van werken te verkennen en de impact van de tool op de zorgverlening te evalueren.

b. Experimenteerbaarheid op inhoudelijk vlak (doelgerichte zorg)

Hoewel er beperkte ruimte was om te experimenteren met de tool zelf, werd er wel op inhoudelijk vlak geëxperimenteerd met de benadering van doelgerichte zorg. Zorgteams die

nog niet vertrouwd waren met doelgerichte zorg gaven aan dat ze tijdens de opleidingsmomenten enkele technieken en benaderingen hadden geleerd die ze vervolgens in de praktijk toepasten. Bijvoorbeeld, hulpverleners begonnen de zorgvraag vanuit het perspectief van de cliënt (PZON) te benaderen, wat leidde tot gesprekken die meer gericht waren op levensdoelen dan op medische zorgtaken. Dit werd als een positieve verandering ervaren, aangezien het gesprek daardoor een andere wending kreeg, die meer gericht was op wat de cliënt werkelijk belangrijk vond.

c. Reflectie en doorontwikkeling door intervisie en casusbesprekingen

Tijdens de proefperiode vonden zorgteams het nuttig om te experimenteren met de doelen die ze voor de PZON hadden geformuleerd, door deze in intervisiemomenten en casusbesprekingen te bespreken. Dit stelde hen in staat om gezamenlijk te reflecteren op de benadering van doelgerichte zorg en nieuwe inzichten te verkrijgen. Deze momenten gaven ruimte om te zoeken naar manieren waarop doelgerichte zorg verder toegepast kon worden in de zorgtrajecten van de PZON. De samenwerking met andere hulpverleners leidde tot het delen van ervaringen en ideeën, wat de experimenten binnen de zorgtrajecten verrijkte.

Hoewel de experimenteerruimte voor Alivia beperkt was door een korte proefperiode en technische vertragingen, werd er op inhoudelijk vlak wel geëxperimenteerd met de benadering van doelgerichte zorg. De mogelijkheid om verschillende benaderingen uit te proberen en deze in intervisiemomenten te reflecteren, hielp hulpverleners om de methodiek verder toe te passen en de zorg af te stemmen op de behoeften van de PZON. Om het volledige potentieel van Alivia te benutten, is het belangrijk dat zorgteams in de toekomst meer ruimte krijgen om met de tool en de benadering van doelgerichte zorg te experimenteren en zich verder te ontwikkelen

3.15.5 Complexiteit en de implementatie van Alivia

Het attribuut complexiteit benadrukt dat hoe eenvoudiger een innovatie is, hoe groter de kans dat deze succesvol geïmplementeerd wordt. Dit geldt ook voor Alivia, waarbij de gebruiksvriendelijkheid en intuïtieve werking van het platform een cruciale rol spelen in de adoptie. Echter, er zijn tegelijkertijd verwachtingen die het platform zouden kunnen compliceren, zoals de wens voor uitgebreide functionaliteiten en meer mogelijkheden. Dit vereist een balans tussen eenvoud en de toegevoegde waarde die het platform moet bieden.

a. Gebruiksvriendelijkheid van het platform

Deelnemers aan het pilootproject geven aan dat het Alivia-platform eenvoudig en intuïtief in gebruik moet zijn. Ze benadrukken dat de basisfunctionaliteiten van het platform duidelijk en eenvoudig moeten zijn, zonder onnodige complicaties. Bijvoorbeeld, de mogelijkheid om verantwoordelijkheden, tijdspannes en domeinen in te vullen wordt als nuttig gezien, maar moet niet te complex worden. Er is een duidelijke wens om de focus te houden op de kernfunctionaliteiten, zodat gebruikers het platform snel kunnen begrijpen en toepassen zonder technische barrières.

b. Balans tussen eenvoud en uitgebreide functionaliteiten

Tegelijkertijd zijn er diverse verwachtingen van Alivia in termen van functionaliteit, zoals de mogelijkheid om informatie per PZON te scheiden, gepersonaliseerde dashboards samen te stellen en een uitgebreide module voor zorgoverleg te hebben. Dit suggereert dat er een spanning bestaat tussen de wens voor eenvoud en de verwachting van uitgebreide opties. Het is belangrijk om een balans te vinden: enerzijds moeten de basisfunctionaliteiten eenvoudig en toegankelijk zijn, anderzijds moeten de uitbreidingen de gebruikers in staat stellen om de

tool verder aan te passen aan hun specifieke behoeften zonder het platform te overbelasten met te veel complexiteit.

c. Complexiteit van doelgerichte zorg

Naast de complexiteit van het platform zelf, is er ook de complexiteit van de benadering van doelgerichte zorg. Hoewel sommige hulpverleners al bekend zijn met doelgerichte zorg, is het voor velen een nieuwe manier van werken, wat extra uitdagingen met zich meebrengt. Het onderscheid maken tussen levensdoelen, zorgdoelen en zorgtaken blijkt niet altijd eenvoudig. De abstracte aard van levensdoelen maakt het voor hulpverleners moeilijker om deze te formuleren en af te stemmen op concrete zorgdoelen. In de praktijk worden er vaak levensdoelen geformuleerd die niet volledig in lijn zijn met de visie achter doelgerichte zorg. Dit suggereert dat er behoefte is aan extra ondersteuning bij het formuleren van levensdoelen, evenals meer reflectie tijdens intervisiemomenten om deze doelen te verduidelijken en te verfijnen.

d. Ondersteuning bij het formuleren van doelen

De complexiteit van het formuleren van doelen wordt duidelijk wanneer hulpverleners aangeven dat het moeilijk is om levensdoelen te onderscheiden van zorgdoelen en zorgtaken. Dit proces kan verwarrend zijn, zowel voor de hulpverlener als voor de cliënt. Hulpverleners geven aan dat ze vaak zelf moeten nadenken over hoe ze de doelen correct kunnen formuleren en splitsen, wat het proces extra uitdagend maakt. De ondersteuning bij het verduidelijken van levensdoelen en het bieden van voorbeelden kan helpen om deze complexiteit te verminderen en het gebruik van de methodiek te vergemakkelijken.

De implementatie van Alivia wordt beïnvloed door de complexiteit van zowel het platform als de benadering van doelgerichte zorg. Het platform moet eenvoudig en intuïtief zijn, maar tegelijkertijd voldoende functionaliteiten bieden om aan de verwachtingen van gebruikers te voldoen. Daarnaast vereist de methodiek van doelgerichte zorg extra ondersteuning en training om hulpverleners te helpen de complexiteit van het formuleren van doelen te overwinnen. Door deze complexiteit te adresseren, kan Alivia effectiever worden geïmplementeerd en wordt de kans op succes vergroot.

4 Discussie en aanbevelingen

Alivia wordt door de deelnemers van het eerste pilootproject gezien als een platform dat persoonsgericht werken kan ondersteunen en interprofessionele samenwerking faciliteren. Het biedt alle leden van het zorgteam een overzicht van het zorgplan van de PZON, waarbij alle hulpverleners en ook de PZON zelf actief betrokken zijn. Pilootgebruikers van Alivia geven bovendien aan dat de tool de communicatie binnen zorgteams zou kunnen versterken. Dit potentieel kwam echter nog onvoldoende tot uiting vanwege de korte testperiode en de vele technische problemen die de teams ondervonden. Vervolgonderzoek in een nieuwe pilootfase is dan ook nodig om in kaart te brengen hoe Alivia invloed heeft op de dynamiek binnen een zorgteam en hoe het asynchroon interprofessioneel overleg en samenwerking kan faciliteren.

Het implementeren van Alivia heeft uitdagingen op verschillende gebieden: op technisch gebied (waar we in dit rapport slechts beperkt op ingaan), op inhoudelijk vlak wat betreft de methodiek van doelgerichte zorg en op vlak van netwerkvorming en samenwerking. Een succesvolle implementatie van Alivia vereist dan ook aandacht voor deze drie luiken. Naast de functionele implementatie van de tool is ook de normatieve implementatie essentieel, zoals beschreven in het Regenboogmodel van Valentijn. In het gehele implementatietraject benadrukken we dan ook het belang van een blijvende focus op cultuurverandering, draagvlak en sensibilisering met betrekking tot doelgericht en interprofessioneel samenwerken. De verdere uitrol van interprofessionele training en intervisie binnen de eerste lijn kan hiertoe bijdragen.

Met Alivia streven we ernaar interpersoonlijke interactie en reflectie binnen teams aan te moedigen. Het gebruik van de tool draait niet louter om het formuleren van levensdoelen, maar dient een middel te zijn om de focus van de zorg en ondersteuning te plaatsen op wat werkelijk van betekenis is voor de PZON en zijn context. Dit kan alleen worden bereikt door oprechte gesprekken met de betrokken personen en een actieve uitwisseling binnen het team. Deze visie moeten we steeds in het achterhoofd houden wanneer we de verdere implementatie van Alivia en de effecten op het werkveld evalueren.

Met dit onderzoek hebben we het traject dat een zorgteam doorloopt wanneer een Alivia zorgplan wordt aangemaakt in kaart gebracht en hierin zo goed mogelijk de mechanismen en verwachtingen proberen capteren. Dit brengt ons tot een reeks aanbevelingen, opgedeeld vanuit twee invalshoeken: (1) de attributen die bepalend zijn voor een succesvolle implementatie en (2) de uitdagingen en valkuilen die we tijdens het proces hebben geïdentificeerd. Door deze inzichten te benutten, kunnen gerichte acties worden ondernomen om de implementatie van Alivia verder te optimaliseren en mogelijke obstakels tijdig aan te pakken.

4.1 Aanbevelingen op basis van attributen

De attributen van Rogers' Diffusion of Innovations Theory leiden tot inzichten die bijdragen aan een succesvolle implementatie van Alivia in de toekomst.

1. Aanbevelingen om de compatibiliteit te bevorderen

- **Aansluiten bij bestaande werkwijzen:** zorg dat Alivia naadloos integreert met bestaande registratiesystemen en workflows van hulpverleners, zodat dubbele administratieve lasten worden vermeden.
- **Ondersteunen van een cultuurverandering:** de implementatie van Alivia moet ingebed worden in de verdere uitrol van interprofessionele training en intervisie binnen de eerste lijn. Hiertoe kunnen allerhande creatieve werkvormen ingezet worden (vb. improvisatietheater)

om hulpverleners te helpen de visie van doelgerichte zorg te internaliseren en te vertalen naar de praktijk. Idealiter worden deze trainingen geleid door lokale peers.

- **Flexibiliteit van het platform:** zorg ervoor dat Alivia kan inspelen op de dynamiek van een zorgtraject, bijvoorbeeld door flexibele aanpassingen van doelen en samenstelling van het zorgteam.
- **Link maken met de organisatie van een MDO:** ontwikkel Alivia zodanig dat dit de praktische organisatie van een MDO bevordert. Kanttekening hierbij is dat een MDO pas geldig is wanneer bepaalde teamleden aanwezig zijn en wanneer er van de officiële documenten gebruik gemaakt wordt. Deze documenten/ sjablonen zouden dan ook in Alivia meegenomen moeten worden.
- **Link tussen zorgdoelen en BelRAI:** zorg voor een link tussen BelRAI resultaten en de module zorgdoelen in Alivia. BelRAI resultaten kunnen immers een onderbouw geven die gebruikt kan worden om een persoonsgericht zorgplan te maken. Stel dat een vervolgpilootproject in woonzorgcentra zal plaatsvinden, is het een interessante piste om de BelRAI LTCF die afgenomen hoort te zijn bij de bewoners als waardevolle informatie te zien voor een zorgtraject binnen Alivia.
- **Aandacht in opleiding voor aansluiting op bestaande praktijken:** organiseer de opleiding zodat casussen worden besproken waarin de methodiek aansluit op zorgdoelen en -taken die reeds geformuleerd zijn (vb. lopende thuiszorgdiensten). Hulpverleners moeten hierbij alert zijn voor bepaalde valkuilen, zoals het formuleren van levensdoelen vanuit een eerder medische invalshoek of het formuleren van zorgdoelen als levensdoelen.

2. Aanbevelingen om het relatief voordeel te onderlijnen

- **Duidelijke communicatie over voordelen:** benadruk de concrete voordelen van Alivia, zoals verbeterde samenwerking, efficiëntere communicatie en een betere afstemming met de PZON en diens context, om persoonsgerichte zorg te verlenen.
- **(Vervolgonderzoek naar) de introductie van Alivia op maat van de eindgebruikers:** een effectief communicatieplan is idealiter afgestemd op de verschillende eindgebruikersprofielen, gaande van de PZON als belangrijkste eindgebruiker tot mantelzorgers en de verscheidenheid aan hulpverleners. Dit vereist onderzoek naar welke boodschappen voor de verschillende profielen van eindgebruikers het meest relevant zijn en hen in beweging zet om zich te engageren. Mogelijke onderzoeksvragen hierbij zijn: wat overtuigt de verschillende eindgebruikers om in te stappen in Alivia? Welke factoren zijn hiervoor van invloed? (vb. interne/externe motivatie, hoe verschilt dit tussen zelfstandige versus werkzaam binnen een organisatie?, ...). Momenteel ontbreekt gerichte data om concrete aanbevelingen te doen over welke omkadering nodig is voor welke profielen. Wel zien we aanwijzingen dat het bijvoorbeeld voor de PZON een belangrijk voordeel is dat hij zijn verhaal niet steeds opnieuw moet vertellen; dat zorgprofessionals doorgaans de nadruk leggen op verbeterde communicatie en afstemming als mogelijk voordeel. Dergelijke boodschappen en voordelen voor ieder eindgebruikersprofiel dienen verder uitgediept te worden.
- **Case studies en succesverhalen:** deel praktijkvoorbeelden van succesvolle trajecten om de meerwaarde van Alivia tastbaar te maken.
- **Optimalisatie van de samenwerking:** stimuleer een bredere adoptie binnen zorgteams, zodat Alivia niet slechts door enkele hulpverleners wordt gebruikt, maar dat Alivia een vast kanaal kan worden om binnen het zorgteam te communiceren.

3. Aanbevelingen om de observeerbaarheid te bevorderen

- **Gebruiksvriendelijkheid optimaliseren:** zorg voor een intuïtieve interface die eenvoudig te navigeren is en waarbij alle relevante informatie van de PZON en zijn context in een oogopslag helder is. Dit helpt om een vertrekpunt te hebben van waaruit hulpverleners persoonsgerichte zorg kunnen verlenen.
- **Vervolgonderzoek naar indicatoren voor implementatie:** onderzoek of er een automatische extractie van data uit Alivia kan gebeuren zodanig dat evaluatie indicatoren voor de implementatie van Alivia voorhanden zijn.

4. Aanbevelingen om experimenteerbaarheid te bevorderen

- **Langer en gefaseerd testen:** zorg voor een langere proefperiode waarin hulpverleners uitgebreid de kans krijgen om met Alivia te experimenteren.
- **Ondersteuning bij experimenteren:** organiseer interviews en reflectiemomenten om ervaringen te delen en van elkaar te leren.

5. Aanbevelingen om complexiteit te vermijden

- **Balans tussen eenvoud en functionaliteit:** houd het platform toegankelijk, maar zorg voor uitbreidingsmogelijkheden naarmate gebruikers er meer vertrouwd mee raken (vb. gepersonaliseerd dashboard, module om zorgoverleg te organiseren, informatie scheiden per persoon).
- **Blijf inzetten op begeleiding en training:** bied hands-on begeleiding en voorbeeldcasussen aan om hulpverleners te helpen de methodiek van doelgerichte zorg beter toe te passen. Een Alivia facilitator kan hierbij ook ondersteuning bieden (zie: 4.2 (4)).

4.2 Aanbevelingen om tegemoet te komen aan uitdagingen en valkuilen

Voor de verdere implementatie van Alivia is het van belang om te anticiperen op een aantal mogelijke valkuilen en in te zetten op de uitdagingen die doorheen het pilootproject naar boven zijn gekomen.

1. Duidelijke verwachtingen en flexibiliteit in gebruik

- **Concretiseer de doelstellingen van Alivia:** breng relevante stakeholders samen om de doelstellingen van Alivia te verhelderen en maak hiervoor een beleidsdocument op.
- **Mogelijkheid tot eigen invulling geven:** de informatie die op Alivia terechtkomt zou moeten beantwoorden aan wat de andere leden van het zorgteam nodig hebben om hun werk, volgens de principes van doelgerichte zorg, te kunnen uitvoeren. Dit is een invulling die de leden van het zorgteam idealiter zelf maken: wat heeft de ander van mij nodig om zijn werk te kunnen uitvoeren?
- **Vervolgonderzoek:** onderzoek hoe hulpverleners inschatten welke informatie betekenisvol is om te registreren en te delen met het zorgteam. Dit biedt inzicht in hoe Alivia bijdraagt tot het verlenen van doelgerichte zorg.

2. Positioneer Alivia als een dynamisch instrument

- **Vermijd dat Alivia een bureaucratische checklist wordt:** stimuleer samenwerking en reflectie. Stel persoonsgericht, doelgericht samenwerken voorop, eerder dan het registreren van informatie.

- **Alivia als middel, niet als doel op zich:** het gebruik van Alivia draait niet louter om het formuleren van levensdoelen. Alivia moet gepositioneerd worden als hulpmiddel om de focus van de zorg en ondersteuning te plaatsen op wat werkelijk van betekenis is voor de PZON en zijn omgeving.
- **Alivia als dynamisch zorgplan:** moedig een iteratief proces en reflectie op het zorg- en ondersteuningsplan aan zodat geformuleerde doelen mee kunnen evolueren met veranderende noden van de PZON.

3. Vermijden van dubbele registratie om extra werklust te vermijden

- **Integratie met andere platformen:** onderzoek hoe Alivia gekoppeld kan worden aan bestaande systemen zoals Helena, Care Connect en Nexushealth om dubbele registratie te vermijden.
- **Cultuurverandering:** stimuleer de perceptie dat betekenisvolle registratie en interprofessionele samenwerking essentieel zijn voor kwaliteitsvolle zorg, in plaats van een bijkomende administratieve verplichting.

4. Nood aan een Alivia-facilitator

- **Ondersteuning voorzien:** overweeg een facilitator of aanspreekpunt om het gebruik van Alivia te stimuleren, begeleiden en technische of inhoudelijke vragen op te vangen. Belangrijk is dat deze persoon kennis heeft van de methodiek doelgerichte zorg, alsook van de tool zelf. Deze persoon hoeft geen lid te zijn van het zorgteam.

5. Participatie van het volledige zorgteam: wenselijk maar geen doel op zich

- **Realistische verwachtingen scheppen:** maak duidelijk dat niet elk teamlid dagelijks met Alivia moet werken, maar dat de tool moet bijdragen aan betere samenwerking en communicatie.
- **Betrek hulpverleners die dicht bij de persoon staan:** moedig aan om hulpverleners die direct contact hebben met de persoon te betrekken, in plaats van teamverantwoordelijken die minder zicht hebben op wat er voor de PZON belangrijk is.
- **Vervolgonderzoek naar zinvolle participatie:** onderzoek wanneer deelname van de verschillende teamleden het meest zinvol/betekenisvol is en of een verplichte deelname van alle betrokkenen noodzakelijk is.

6. Startoverleg: verplichte stap of optionele hefboom?

- **Vervolgonderzoek naar alternatieve opstartmethoden:** onderzoek of het startoverleg noodzakelijk is voor elk Alivia dossier of dat de functies ervan (zie: 3 Resultaten) op andere manieren kunnen worden ingevuld (vb. asynchroon overleg via het platform). Experimenteer met teams die Alivia opstarten mét en zonder startoverleg om te bepalen in welke situaties het overleg een meerwaarde biedt.
- **Vervolgonderzoek naar de positie van Alivia versus het klassiek MDO:** onderzoek hoe Alivia de noodzaak en het verloop van een klassiek (live) MDO beïnvloedt. Verhelder de situaties waarin een klassiek MDO aangewezen is en de situaties waarin afstemming via Alivia voldoende is.
- **Pragmatische aanpak:** laat zorgteams de keuze om een startoverleg in te plannen op basis van de noden binnen het team.

7. Crisis als obstakel of opportuniteit?

- **Vervolgonderzoek naar gebruik in verschillende omstandigheden:** we merken dat bij veel zorgteams de reflex om het testen van Alivia aan de kant te schuiven van zodra zich een crisissituatie voordoet, aanwezig is. Onderzoek dient uit te wijzen op welke momenten en op welke manier het gebruik van Alivia het meest betekenisvol is: in stabiele situaties versus crisissituaties?
- **Training en intervisie:** zorg voor opleidingsmomenten en intervisies waarin reflectiemomenten mogelijk zijn betreffende het gebruik van Alivia in crisissituaties.

8. Hoe omgaan met het delen van informatie?

- **Sensibilisering:** moedig reflectie aan over de wijze waarop informatie gedeeld wordt binnen Alivia en hoe hier omgegaan wordt met de communicatie in een gedeeld platform over en met de PZON. Specifieke aandacht dient hier uit te gaan naar gevoeligheden zoals mentale gezondheidsproblemen.
- **Vervolgonderzoek naar delen van informatie:** onderzoek via diepte-interviews hoe hulpverleners beslissingen nemen over welke informatie ze delen en welke ze liever niet noteren. Bij het pilootproject in de woonzorgcentra dient ook nagegaan te worden indien dezelfde mechanismes en drempels aanwezig zijn, als degene die in het pilootproject 1.0 geobserveerd werden.

9. Rol van de mantelzorger?

- **Vervolgonderzoek naar de veranderende rol van de mantelzorger:** onderzoek welke impact Alivia heeft op de vaak kwetsbare, niet evidente rol van de mantelzorger. Hoe wordt deze al dan niet gehoord in het zorgproces en binnen het zorgteam?
- **Vervolgonderzoek naar de ondersteuningsnood van de mantelzorger:** Creëer duidelijkheid i.v.m. de plaats die de zorg- en ondersteuningsnood van de mantelzorger binnen Alivia moet krijgen. Waar kan deze opgenomen worden? Is dit binnen het zorg- en ondersteuningsplan van de PZON of dient er een apart DZOP voor de mantelzorger opgesteld te worden?

5 Conclusie

Alivia is een platform met het potentieel om interprofessionele samenwerking voor personen met complexe, chronische zorg- en ondersteuningsnoden in de eerstelijnszorg te versterken vanuit de basisprincipes van doelgerichte zorg. De eerste ervaringen uit het pilootproject tonen aan dat de hulpverleners de meerwaarde van Alivia zien, vooral op het vlak van communicatie en afstemming. Het biedt een manier om doelgerichte zorg te faciliteren, waarbij de behoeften en voorkeuren van de PZON centraal staan. Toch blijkt uit de testfase dat de implementatie in de praktijk niet zonder uitdagingen verloopt. Gebruikers ervaren technische en inhoudelijke knelpunten, evenals moeilijkheden op het gebied van netwerkvorming en samenwerking. Deze factoren maken de opstart van Alivia moeizaam en kunnen het engagement van de gebruikers onder druk zetten.

In de toekomst moet blijvend ingezet worden op zowel functionele als normatieve integratie van de tool. De verdere uitrol van interprofessionele training en intervisie in de eerste lijn is van belang om de normatieve basis van doelgerichte zorg te helpen leggen zodat hulpverleners getraind worden in het uitsplitsen van levensdoelen, zorgdoelen en zorgplanning. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om o.a. te begrijpen op welke manier Alivia interprofessioneel overleg en samenwerking kan faciliteren en hoe dit de dynamieken binnen een zorgteam wijzigt.

6 Bijlage

Bijlage I – Observatieleidraad etnografische studie

In eerste instanties: ruwe nota's maken tijdens het observatiemoment

JOTTING

Nota's tijdens de observatie. Zo snel mogelijk zoveel mogelijk capteren. Aanvoelen per setting wat gepast is: nota's met de hand of op de laptop.

GOOD PRACTICES:

- Zo weinig mogelijk interpretaties neerschrijven in de notities:
 - ✓ Niet: "Het formuleren van de zorgtaken verloopt moeilijk."
 - ✓ Maar wel: "PZON geeft aan niet goed te weten wat in te vullen. Ze omschrijft dat ze vaak niet weet wat te doen met een brief die ze ontvangt. ZP oppert het te noteren als 'Hulp met administratie.'"
- Telkens vermelden wie iets vertelt of wie een bepaalde handeling initieert.
 - ✓ Niet: Er wordt verteld dat [...] dus gaan ze [...] doen.
 - ✓ Maar wel: "PZON vertelt dat [...] ZP stelt voor om [...] te doen."
- Context waarin de observatie plaatsvindt noteren:
 - ✓ Indeling ruimte, aanleiding van het contact, randinformatie
- Eigen input en (informele) interactie schetsen:
 - ✓ Ook hetgeen vóór en ná het observatiemoment verteld wordt capteren.

In tweede instantie: volledige veldnota's uitschrijven en codes toekennen

Participant ID: _____

Observatienummer: _____

Fase: _____

PRE- EN POST-OBSERVATIONS

Context waarin de observatie plaatsvindt:

- Indeling ruimte
- Aanleiding van dit contact
- Randinformatie die werd meegedeeld

Tijdskenmerken:

- Moment in de week
- Voorziene duur
- Effectieve duur

Aanwezigen:

- Wie?
- Rollen

Eigen input en interactie:

- Voorstelling van jezelf en aanwezigheid
- Gestelde vragen en antwoorden (door onderzoeker en door participanten)

Tabel 8 Overzicht ruwe codering van data

FULL FIELD NOTES			
Nota's zo snel mogelijk na de observatie zo gedetailleerd mogelijk vervullen. Zoveel mogelijk actief taalgebruik: wie doet/zegt wat?			
Onderscheid tussen verschillende key events:			
#	Code	Event	Voorbeeld
1	ALIVIA	Alivia gerelateerd moment.	PZON vult levensdoel in de app in.
2	A-WAARDERING	Een waardeoordeel over ALIVIA wordt gegeven.	PZON vertelt dat hij het idee achter ALIVIA beloftevol vindt.
3	A-TECHNISCH	Handelingen, bedenkingen, vragen of problemen in verband met het gebruik van de app of website.	MZ vermeldt dat hij de vorige keer problemen had bij het toegang krijgen tot de app.
4	A-RAADPLEGEN	Momenten waarop de app of website wordt geraadpleegd om bepaalde info in te winnen, te overlopen of het gesprek te faciliteren.	ZP opent de app en bekijkt welke levensdoelen en zorgdoelen er vorige keer werden genoteerd in voorbereiding op het formuleren van concrete zorgtaken.
5	(A-)INFO	Informatieoverdracht.	ZP legt uit wat een levensdoel en zorgdoel inhoudt.
6	(A-)LEVENSDOEL	Vermelding van een levensdoel.	PZON vermeldt dat het belangrijk is voor hem om in de tuin te kunnen werken en hierin rust vindt.
7	(A-)ZORGDOEL	Vermelding van een zorgdoel.	De PZON wil graag diens mobiliteit verbeteren, zodat in de tuin werken terug mogelijk is.
8	(A-)ZORGTAAK	Vermelding van een zorgtaak.	Wekelijkse sessies bij de kinesist worden ingepland om de mobiliteit te bevorderen.
9	(A-)HULPVRAAG	Vermelding van een hulpvraag.	PZON vermeldt graag ontlast te willen worden van taken die vroeger door overleden echtgenoot werden gedaan.
10	(A-)ZORGTEAM	Samenstelling en betrokkenheid van het zorgteam.	PZON vermeldt dat de huisarts overbevraagd is en weinig initiatief neemt om met ALIVIA en het zorgteam in contact te treden.
11	(A-)COÖRDINATIE	Vermelding van hoe de zorgcoördinatie verloopt.	MZ vermeldt dat het moeilijk is om iedereen in het zorgteam op één lijn te krijgen.
12	COMMUNICATIE	Vermelding van hoe communicatie tussen het zorgteam verloopt.	Mantelzorger vertelt dat zij steeds een briefje op tafel achterlaat voor de ZP die langskomt bij de PZON.
13	GEZONDHEID	Gezondheidsinformatie.	PZON vertelt dat het moeilijk is om de trappen nog op te kunnen gaan vanwege spierproblemen.
14	CONTEXT PZON	Relevante contextinformatie vanuit de PZON of mantelzorger.	Mantelzorger vertelt dat hij voor verschillende familieleden zorgt en daar erg veel tijd in kruipt.
15	WERKCONTEXT	Relevante contextinformatie vanuit de zorgprofessional.	ZP vertelt dat het erg druk is en dat er weinig tijd overblijft om extra workload aan te nemen.
16	EMOTIE	Emotioneel moment.	PZON vertelt over overlijden van familielid.
17	BEZORGDEHEID	Een uiting van een bezorgdheid.	PZON geeft aan niet te geloven dat gezondheidsklachten nog veel zullen verbeteren.
18	BELRAI	BelRAI komt ter sprake.	ZP stelt voor om de bevindingen van de afgenomen BelRAI te doorlopen.
19	INFORMEEL MOMENT	Er wordt een informeel verhaal of anekdote verteld.	PZON vertelt over een fijne vakantie die achter de rug is.

20	ZELFMANAGEMENT	PZON vertelt hoe hij erin slaagt om met de aandoening om te gaan.	PZON vertelt over een truukje dat hij gebruikt om toch succesvol met de honden te kunnen gaan wandelen, ondanks de rollator.
----	----------------	---	--

REFLECTIES VAN DE ONDERZOEKERS

- Zaken die zijn opgevallen; contextfactoren en mechanismen die al geïdentificeerd werden.

Ter info: welke onderwerpen en handelingen horen bij welke fase?

1. Vraagverheldering		
Onderdeel	Onderzoeksvragen	Meer specifiek?
Actoren	Wie doet vraagverheldering? Wie wordt betrokken?	Huisarts? Mantelzorger? Andere proxies?
Context	Welke contextgegevens zijn aanwezig?	
Timing	Wanneer gebeurt vraagverheldering? Wanneer wordt zorgteam samengesteld? Waarvan is dit afhankelijk?	Gebeurt dit in één keer? Stapsgewijs proces?
Coördinator	Wordt er een zorgcoördinator aangesteld? Wie is dit? Wanneer wordt die aangesteld? Wie heeft die aangeduid? Hoe staat de PZON daartegenover?	
Dossier	Wie neemt hierin initiatief? Bij welke aanleiding? Wanneer?	

2. Informatie verzamelen		
Onderdeel	Onderzoeksvragen	Meer specifiek?
Levensdoelen	Wordt er een gesprek gevoerd over de levensdoelen? Wordt er een tool gebruikt? Welke tool? Worden de onderliggende waarden genoteerd?	Wie doet dit? Wie neemt initiatief? Hoe worden resultaten tool neergeschreven?
BelRAI	Is er een BelRAI afgenomen? Zo nee, wordt dit gepland? Hoe worden de resultaten van de BelRAI vertaald naar zorgdoelen?	Wanneer in het proces? Wie doet dit?
Assessment plan	Wordt een assessment plan opgemaakt? Wat houdt dit in?	Wie doet dit? Hoe wordt dit bepaald?
Betrokkenheid anderen	Is er een gesprek met familie of mantelzorgers? Wanneer in het proces? Wie doet dit?	
Betrokkenheid PZON	Wat is de plaats van de PZON in dit verhaal? Wordt hij/zij steeds betrokken? Welke beslissingsvormen worden gebruikt?	Gezamenlijke beslissing? Worden beslissingen gedelegeerd door de PZON?
Context	Wordt contextinformatie in kaart gebracht?	Wanneer gebeurt dit? Wie doet dit? Hoe wordt dit gerapporteerd? Is dit volledig?
Toegang ALIVIA	Wie krijgt toegang tot ALIVIA? Wie beslist dit?	Indien meerdere mantelzorgers, krijgen ze allemaal toegang?
Invullen ALIVIA	Wie vult ALIVIA in? Wanneer? Hoe?	Gebeurt dit tijdens teamoverleg? Wordt die verantwoordelijkheid gegeven aan 1 zorgverstreker?

Overleg zorgteam	Wordt een overleg van het zorgteam ingepland?	Wanneer gebeurt dit? Wie doet dit? Wie coördineert? Wie zit het team voor?
-------------------------	---	--

3. Samenstelling zorgteam + zorgplan opmaken

Onderdeel	Onderzoeksvragen	Meer specifiek?
Multidisciplinair teamoverleg	Wordt er een multidisciplinair teamoverleg gepland? Wie wordt uitgenodigd?	Wordt dit virtueel of live gepland? Is de PZON erbij? Waarom wel? Waarom niet? Is de mantelzorger betrokken?
Vertaling levensdoelen	Hoe worden levensdoelen omgezet in zorgdoelen en zorgtaken?	
	Hoe worden de taken die voortkomen uit het teamoverleg vastgelegd?	Wie neemt welke taak op? Hoe wordt dit verdeeld? Wie is verantwoordelijk voor de opvolging?
Follow-up	Wordt er een follow-up teamoverleg gepland?	
ALIVIA	Wie voert de gegevens in ALIVIA in?	

4. Uitvoeren van het zorgplan

Onderdeel	Onderzoeksvragen	Meer specifiek?
ALIVIA	Wie zorgt voor het up-to-date houden van ALIVIA?	
Communicatie	Hoe verloopt de onderlinge communicatie? Wordt de communicatiemodule gebruikt?	Wie neemt initiatief tot communicatie? Wie doet dit? Wie heeft daar voordeel bij? Wie gebruikt deze module niet?
Verfijnen levensdoelen en zorgdoelen	Hoe gebeuren de aanpassingen van levensdoelen en zorgdoelen?	Hoe wordt daar in het team mee omgegaan? Is het team flexibel in het aanpassen van de levensdoelen, zorgdoelen en bijbehorende taken?
Adverse events	Zijn er mogelijke adverse events opgetreden? Hoe wordt daarmee omgegaan?	

5. Afronden van het zorgplan

Onderdeel	Onderzoeksvragen	Meer specifiek?
	Was het zorgproces positief? Hoe werd dit gedetecteerd? Op basis van welke indicatoren kan dit nagegaan worden: het proces, de outcome, het bereiken van de doelen, het bereiken van de onderliggende waarden die voor de PZON belangrijk zijn?	
Afronding	Hoe wordt een traject afgesloten? Wie sluit af?	Wat is de taak van de PZON en de mantelzorger hierin?

Bijlage II – Interviewgids (v2.0 21/08/2024)

DEEL 1: INTRODUCTIE EN OVERZICHT TRAJECT

[Onderzoeker legt het doel van het interview uit en vraagt toestemming om een audio-opname te maken. Het informed consent wordt overlopen en ondertekend.]

Om te beginnen zou ik graag horen hoe jullie in het Alivia project zijn terechtgekomen?

- Wat was de **aanleiding** om aan het project deel te nemen?
 - Wie nam hierin het voortouw?

Ik zou graag in kaart brengen hoe **het proces** *[voor deze case]* in grote lijnen **verlopen** is.

- Op welke manier is er **gestart** met Alivia?
 - Vertrekkende vanuit een **bestaand traject**? Hoe zag dit traject eruit?
 - Wanneer werden **levensdoelen, zorgdoelen, zorgtaken** gedefinieerd?
 - Voortbouwend op een eerder **traject**?
 - **Wie** was daarbij betrokken?
 - Eerst levensdoelen gedefinieerd? Of eerst zorgdoelen? Zorgtaken?
- Hoe verliep het **samenstellen van het zorgteam**?
 - Hoe werd er **uitgeklaard wie** er in het zorgteam zou opgenomen worden?
 - Wie is er uiteindelijk **lid van het zorgteam**?
 - **Wie** is effectief toegevoegd in Alivia?
 - **Wanneer** in het traject gebeurde dit?
 - **Hoe** is dit verlopen?
- In hoeverre is er **gebruik gemaakt** van Alivia?
 - In welke mate lukte het om **zelfstandig** met Alivia aan de slag te gaan?
 - ♣ Wat was hiervoor nodig?
 - Wat is er wel/niet **ingevuld**?
 - Op welke momenten kan Alivia een belangrijke rol spelen?
 - Welke **acties** zijn zoal doorlopen?
 - Welke **leden van het zorgteam** hebben effectief deelgenomen?
- *[Indien weinig gebruik gemaakt]* Wat maakt dat er niet meer gebruik gemaakt is van Alivia?
 - Op welke zaken zijn jullie **gebotst**?
 - Was het moeilijk om **personen aan boord te krijgen**? Hoe hebben jullie dit ervaren?

DEEL 2: VRAAGVERHELDERING EN OPMAKEN ZORGPLAN

[Onderzoeker legt het vervolg van het interview uit] We hebben nu een ruw overzicht van wat er in het traject zoal ondernomen is en hoe dat verlopen is. In wat volgt zou ik graag stapsgewijs op een aantal zaken wat dieper inzoomen. Hierbij volg ik een stappenplan waarin we ervan uitgaan dat er een aantal fasen zijn in ieder traject (vraagverheldering, informatie verzamelen, samenstelling van team + zorgplan opmaken, uitvoeren van het zorgplan, afronden van het zorgplan). In realiteit zullen deze fasen echter wat door elkaar lopen.

Binnen Alivia gaan we actief aan de slag met iemands levensdoelen. Deze levensdoelen gebruiken we als kompas voor het verdere traject, waarbij we zorgdoelen en zorgtaken zoveel mogelijk enten op de

levensdoelen. Het is echter niet altijd eenvoudig voor iemand om een levensdoel te formuleren. **Hoe is dit bij jullie verlopen?**

- In hoeverre was het idee van **werken met levensdoelen** al **gekend** bij de pilootgebruikers?
 - In hoeverre sluit het aan bij de **bestaande manier van werken?**
 - Hoe stond de **PZON/mantelzorger** tegenover deze manier van werken? Of duurde dit even?
 - ♣ Hoe merken we dit?
 - Hadden de **zorgprofessionals** al een notie van deze benadering?
 - ♣ In hoeverre was het nieuwe materie of een nieuwe insteek?
- **Hoe zijn jullie gekomen tot levensdoelen?**
 - Hoe kwamen de levensdoelen tot stand?
 - **Wat hielp** hierbij? Wat is er nodig om een levensdoel te formuleren?
 - ♣ Polsen naar eventuele **tools of leidraden**.
 - ♣ Wat hebben jullie meegenomen uit de **trainingen en/of intervisiemomenten** om aan de slag te kunnen gaan met levensdoelen?
 - **Wie** heeft in het formuleren van de levensdoelen een rol gespeeld?
 - **Wie** heeft de levensdoelen effectief ingevuld? **Hoe** gebeurde dit?
 - ♣ Wat was de **rol van de PZON** hierbij?
- Kan u enkele **voorbeelden** geven van levensdoelen die geformuleerd zijn?

Naast de levensdoelen, kunnen er in Alivia ook zorgdoelen en zorgtaken geformuleerd worden. Hoe verliep dit?

- Hoe verliep het **formuleren van zorgdoelen en zorgtaken?**
 - **Wat hielp** hierbij? Wat is er nodig om een zorgdoel of zorgtaak te formuleren?
 - **Wie** neemt welke taak op? **Hoe** wordt dit **verdeeld?**
 - Wie is **verantwoordelijk voor de opvolging?**
- Zijn er ook zaken die **bewust niet in Alivia worden genoteerd? Waarom** is dit zo?
- Op welke manier heeft Alivia een invloed op hoe er wordt **omgegaan met zorgdoelen en zorgtaken?**
- Kan u enkele **voorbeelden** geven van zorgdoelen en zorgtaken die geformuleerd zijn?
- Was er voor deze PZON al een **BelRAI beschikbaar?**
 - Werde hieruit **informatie meegenomen** in Alivia? Op welke manier?
 - Wanneer kan dit **waardevol** zijn?
- **Hoe** gebeuren **aanpassingen** van de levensdoelen en zorgdoelen?
 - Hoe wordt daar in het team mee omgegaan?
 - Is het team hierin flexibel?

Om effectief met Alivia aan de slag te gaan, beogen we een **zorgteam** samen te brengen in het platform. We hebben het al kort gehad over wie er in het zorgteam zit en hoe dit precies werd uitgeklaard.

- **Hoe werd bepaald wie** zou worden opgenomen/gecontacteerd?
 - Wat maakt iemand **waardevol** om mee op te nemen in het zorgteam?
 - Welke **overwegingen** spelen zoal mee?
- Hoe is het **samenstellen en includeren van het zorgteam** verlopen?
 - Wat ging goed? Waar botsten jullie op eventuele **moeilijkheden**?
 - ♣ Wie was er snel **aan boord**? Bij wie was er **weerstand**?
 - ♣ Hoe zijn jullie daarmee omgegaan?
- Kunt u beschrijven hoe de **samenwerking binnen het Alivia project** verloopt?
 - Wanneer is dergelijke samenwerking **belangrijk/waardevol**? Waarom?

Binnen Alivia wordt er ook steeds een **zorgcoördinator** aangeduid. **Hoe is dit bij jullie verlopen?**

- **Wie is zorgcoördinator** bij jullie?
 - Wat waren **overwegingen** om wel/niet voor deze persoon te kiezen?
 - Wat houdt de **taak** van de zorgcoördinator voor jullie in?
 - In hoeverre doen **anderen beroep op de zorgcoördinator**?
 - Hoe heeft de zorgcoördinator dit ervaren op vlak van **workload**? **Verwachtingen**?
 - Welke **ondersteuning** (door Alivia) heeft de zorgcoördinator nodig?

DEEL 3: ACTIEF GEBRUIK EN VALIDEREN VAN HET ZORGPLAN

Vervolgens is het de bedoeling dat Alivia actief geraadpleegd en gebruikt wordt om communicatie te faciliteren en zorgdoelen en zorgtaken gericht te (blijven) enten op de levensdoelen van de PZON. Hoe is dit bij jullie verlopen?

- **In hoeverre** werd Alivia **gebruikt** om communicatie te faciliteren?
 - Wat wordt er zoal in het **zorgschrift** genoteerd?
 - ♣ **Door wie** werden zaken neergeschreven?
 - ♣ **Op welke momenten** wordt Alivia erbij genomen?
 - Wanneer/in welke situaties biedt dit een **meerwaarde**?
 - ♣ **Voor wie** kan dit waardevol zijn?
 - ♣ **Op welke manier**?

Binnen Alivia kunnen ook de PZON en de mantelzorger actief hun zorgplan raadplegen en zaken communiceren.

- Heeft de **PZON/mantelzorger een actieve rol** opgenomen?
 - Hoe heeft de PZON/mantelzorger dit **ervaren**?
 - ♣ Zijn er zaken die het **moeilijk** maakten om een actieve rol op te nemen?
 - Hadden zij **ondersteuning** nodig om een actieve rol op te nemen? Op welke manier?
 - Wat voor zaken hebben zij **zelf aangebracht** in het Alivia traject?

Alivia biedt een platform waarin het zorgteam elkaar kan vinden. Wat doet dit met de dynamiek binnen het zorgteam? Hebben jullie hier veranderingen in opgemerkt?

- Op welke manier **beïnvloedt** het gebruik van Alivia de **communicatie** in het zorgteam?
 - Hoe verliep onderlinge communicatie binnen het zorgteam **voordien**?
 - Heeft Alivia voor een **verandering** gezorgd?
 - ♣ Verandert Alivia de **dynamiek** binnen een zorgteam? Op welke manier?
 - Hoe wordt er beslist of een **multidisciplinair teamoverleg** (MDO) nodig is?
 - ♣ Kan Alivia invloed hebben op de noodzaak voor een MDO?
 - Wat maakt dat er in bepaalde gevallen nog steeds een MDO nodig is?
 - ♣ Wie neemt hierin het **initiatief**?
 - ♣ **Wie** wordt er uitgenodigd?

DEEL 4: AFRONDING

- Wanneer zou het traject (en hetgeen met en in Alivia gebeurd is) voor jullie **geslaagd** zijn?
 - Belang van het **bereiken van doelen**? Het bereiken van **onderliggende waarden**?
 - **Hoe** wordt een **traject afgesloten**?
 - ♣ **Wie** sluit af? Wat is de taak van de PZON en mantelzorger hierin?
- *[Zorgprofessionals]* Hoe ziet u Alivia als mogelijk **onderdeel van uw dagdagelijkse praktijk**?
 - Hoe makkelijk of moeilijk is Alivia te **integreren in de manier van werken**?
 - Wijzigt het een **manier van werken**? Op welke manier?
 - Wat is er **nodig** om Alivia verder te integreren?
 - Welke **stappen** moeten gezet worden om het werken met de Alivia tool deel uit te laten maken van de dagdagelijkse praktijk?
- Kunt u beschrijven hoe er binnen jullie traject (of team) wordt **gereflecteerd** op het verloop en de voortgang?
 - Welke ervaringen heeft u hiermee?
 - Hoe beïnvloedt dit het project?
- Zijn er verder nog zaken die u kwijt wil? **Belangrijke zaken die we nog niet besproken hebben?**