

> **TNO rapport voor**
VGN - Vereniging
Gehandicaptenzorg Nederland

Goede, veilige nachtrust

*Kwaliteit van de nachtzorg en toepassing van
domotica bij mensen met beperkingen*

TNO innovation
for life

24 mei 2018 >

> Goede, veilige nachtrust

Kwaliteit van de nachtzorg en de toepassing van domotica bij mensen met beperkingen

Rapport voor:	VGN - Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Datum	24 mei 2018
Auteurs	M.J. Hinkema M. Schoone B.R. de Vries
Projectnummer	060.30852
Rapportnummer	TNO 2018 R10570
Contact TNO	Marian Schoone
Telefoon	088 866 60 90
E-mail	marian.schoone@tno.nl

Gezond Leven

Schipholweg 77-89
2316 ZL LEIDEN
Postbus 3005
2301 DA LEIDEN
www.tno.nl

T 088 866 61 00
infodesk@tno.nl

© 2018 TNO

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Handelsregisternummer 27376655

Management samenvatting

Nachtzorg is een belangrijk onderdeel van de zorg aan mensen met een beperking. Een goede, veilige nachtrust is een essentieel element van een goede kwaliteit van leven. Toch is er weinig bekend over de huidige praktijk. Berichtgeving in de media is overwegend kritisch en stelt vraagtekens bij de veiligheid in de nacht. Instellingen in het veld hebben een ander beeld, maar een totaaloverzicht ontbreekt. Als brancheorganisatie die het overgrote deel van de aanbieders in de zorg aan mensen met een beperking vertegenwoordigt, voelt de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) de noodzaak zorg te dragen voor het beschikbaar komen van zo'n totaalbeeld, zodat verdere discussie op basis van een volledige, voor iedereen toegankelijke set gegevens kan plaatsvinden.

Door TNO is daarom een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, waarvan de resultaten in het bijgaande rapport worden gepresenteerd. Het onderzoek geeft inzicht in de situatie in het veld, de inzet van domotica en de mening van diverse betrokken partijen over de kwaliteit van de nachtzorg en de veiligheid in de nacht bij gebruik van dergelijke systemen.

De centrale vraagstelling van het onderzoek heeft betrekking op de kwaliteit van de zorg in de nacht en de keuzevrijheid van cliënten en verwanten voor inrichting van die zorg, en is door VGN in de opdrachtverlening aan TNO in de volgende twee overkoepelende onderzoeksvragen verwoord:

- › Wat bepaalt de kwaliteit van nachttoezicht? Welke zorginhoudelijke doelen streven ze na met nachttoezicht? Wat levert inzet van domotica voor cliënten en medewerkers op? Hoe richten instellingen de inzet van hun medewerkers in om die domotica goed en veilig te gebruiken? Voor welke functies en doelgroepen zetten ze het in? Hoe wordt rekening gehouden met de context: gebruikers/doelgroep/zorgbehoefte, organisatie van het werk, omgeving/gebouw/indeling?
- › Hoeveel ruimte hebben cliënten en hun familie om zelf te kiezen hoe de zorg die zij nodig hebben wordt vormgegeven en wanneer domotica wordt toegepast? Wat zijn de mogelijkheden om binnen de randvoorwaarden en mogelijkheden van een instelling de nachtzorg op maat in te richten voor iedere cliënt?

Aanpak van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in vier stappen:

1. online survey onder alle leden van de VGN, met als oogmerk enige cijfermatige basisinformatie te verzamelen voor een kwantitatief inzicht in de situatie in het veld;
2. gesprekken met sleutelfiguren voor inzicht in de belangrijkste kaders en standpunten rondom nachtzorg en de inzet van domotica;
3. focusgroep sessies met gemengde groepen stakeholders waarin meningen en ervaringen zijn uitgewisseld en getoetst;
4. locatiebezoeken met interviews met management, ICT-deskundigen, zorgmedewerkers en begeleiders en cliënten en hun vertegenwoordigers om lokale situaties en oplossingen te bespreken en te bekijken.

Stap 1 en 2 zijn uitgevoerd in januari en februari van 2018, stap 3 in maart 2018 en stap 4 in april en mei 2018.

Voor de uitvoering van het onderzoek zijn de twee overkoepelende onderzoeksvragen van VGN uitgewerkt in 8 meer specifieke onderzoeksvragen, die als analytisch kader voor de uitvoering van de onderzoekstappen zijn gehanteerd.

Resultaten

De volledige bevindingen van het onderzoek zijn te vinden in hoofdstuk 5 van het rapport. Hier geven wij een korte, thematisch gerangschikte samenvatting.

Eensgezindheid over het doel van nachtzorg

Centraal staat een unaniem gedragen mening over het doel van nachtzorg: “*De nacht is om te slapen*”. Nachtzorg en nachtoezicht en alle mensen en middelen die daarbij worden ingezet, moeten leiden tot een ongestoorde nacht waarin de noodzakelijke veiligheid en geborgenheid wordt geboden. Belangrijk is hierbij dat de nacht niet los wordt gezien van de rest van de zorg. Men pleit voor een integrale benadering vanuit 24-uurs zorg met een goede borging van de link tussen dag en nacht en de overdracht tussen dag- en nachtzorg.

Grote variatie in cliënten, woonvormen en vormgeving van de nachtzorg

Een belangrijk inzicht dat door de survey wordt bevestigd, is dat het veld van de gehandicaptenzorg buitengewoon divers is. Zowel wat betreft de grootte en inrichting van de organisaties als de diversiteit aan locaties en manieren van zorg en begeleiding die worden geboden. Dit hangt direct samen met de grote diversiteit van de doelgroep die in deze vormen van zorg wordt begeleid en verzorgd. Personeel inzet is direct gekoppeld aan de complexiteit van de zorgvraag, begeleidingsvraag of ZZP en wordt verder beïnvloed door woonomgeving en ligging van de locaties.

Kwaliteit van leven en autonomie staan voorop

In de Gehandicaptenzorg met verblijf gaat het om situaties waarin mensen zeer langdurig/structureel in een instelling wonen (soms bijna een leven lang). Dit betekent dat de kwaliteit van leven en de zeggenschap over de inrichting van het eigen leven cruciaal zijn. Dit verklaart ook waarom, wat de instelling betreft, toezichtmaatregelen alleen worden ingezet wanneer anders een onaanvaardbaar risico zou ontstaan. En het verklaart waarom indien maar enigszins mogelijk, cliënten de mogelijkheid krijgen zelf zorgbehoefte te melden in plaats van actief te worden uitgeluisterd/geobserveerd.

Positieve houding ten aanzien van ondersteunende technologie

De overgrote meerderheid van de instellingen staat positief tegenover ondersteunende technologie in de (nacht)zorg en gebruikt domotica van standaard uitluister- en alarmeringssystemen tot geavanceerde sensoren en cameratoezicht. Met de komst van de steeds slimmere systemen en sensoren kan beter tegemoet gekomen worden aan dilemma's op het gebied van zelfstandigheid versus toezicht en privacy versus veiligheid. Een belangrijke factor hierin is de houding van verwanten.

Maatwerk per cliënt is de norm, maatwerk met de cliënt nog een ontwikkelpunt

De instellingen zijn zich er zonder uitzondering van bewust dat het inregelen van de nachtzorg per cliënt zeer nauw luistert. Men besteedt veel tijd aan overleg met cliënten en hun vertegenwoordigers en is bereid lang te blijven praten om tot een consensus te komen. Tegelijk zijn zowel instellingen als cliëntvertegenwoordigers geneigd vooral vanuit hun eigen referentiekader te redeneren, en is er vaak nog onvoldoende kennis van en begrip voor elkaars belevingswereld en zorgen. Ook praktische overwegingen stellen soms grenzen aan de mate van keuzevrijheid die kan worden geboden. Verdere verbetering is gebaat bij open communicatie en transparant handelen.

Borging van kwaliteit gebeurt op instellingsniveau

De visie op kwaliteit en kwaliteitsverbetering van de nachtzorg en afspraken en protocollen over inzet en opvolging zijn per organisatie ingevuld. Organisaties zien geen meerwaarde in

het op instelling-overstijgend niveau ontwikkelen van inhoudelijke kwaliteitsindicatoren. Daarvoor is inhoudelijke kwaliteit een te persoonlijk iets: het welbevinden en de tevredenheid van de cliënt worden gezien als de uiteindelijke indicator. Wel is er behoefte aan meer houvast voor instellingen hoe ze het borgen en bevorderen van kwaliteit in de nachtzorg planmatig kunnen aanpakken.

Nachtzorg een domein in ontwikkeling

De geconstateerde praktijkvariatie is kenmerkend voor het feit dat de gehandicaptensector zich als geheel in een vroeg stadium van *organisational maturity* bevindt voor wat betreft nachtzorg en het gebruik van technologie daarbij. Dit sluit niet uit dat individuele instellingen op een of meerdere onderdelen al een hoog ontwikkelingsniveau bereiken, zoals we tijdens ons onderzoek hebben kunnen constateren. Dit betreft dan bv het inspelen op individuele wensen van cliënten en het bieden van veel keuzevrijheid, het benutten van de geavanceerde mogelijkheden van de technologie of de specifieke scholing en training van personeel. Er is op sectorniveau wel sprake van een gemeenschappelijke visie op het doel van nachtzorg, maar er is geen sprake van een op sectorniveau gedeelde en gedragen aanpak om die visie te vertalen naar de zorgpraktijk. Ook initiatieven tot gezamenlijke kennisopbouw en/of structurele mechanismen voor delen van kennis en *good practices* zijn nog schaars.

Conclusie en aanbevelingen

Het onderzoek van TNO laat een sector en domein zien die volop in ontwikkeling zijn. Als kwalitatief onderzoek is het voorliggende rapport vooral bedoeld als eerste inventarisatie en verkenning, die naast bevindingen over de huidige stand van zaken vooral moeten dienen om een beeld te geven waar vervolgonderzoek en vervolgacties bij kunnen dragen aan verdere ontwikkeling en kwaliteitsverbetering van de nachtzorg aan mensen met een beperking. De hieronder samengevatte conclusies en aanbevelingen weerspiegelen die dubbele functie van het rapport.

Een betrokken en gedreven sector

In de gehandicaptenzorg opereren gedreven mensen, die gaan voor het belang van de cliënt en goede kwaliteit van de zorg en ondersteuning. Vanuit de nachtzorg heeft men behoefte aan meer zichtbaarheid en een volwaardige plaats in integrale 24-uurs zorg. Techniek wordt onmisbaar geacht ter ondersteuning en verhoging van de kwaliteit van de zorg. Er zijn weinig incidenten en nauwelijks ernstige calamiteiten die bij de IGJ zijn gemeld.

De nachtzorg is volop in ontwikkeling en ondersteunende techniek is onmisbaar, en verhoogt de kwaliteit van zorg, mits met verstand en ter ondersteuning ingezet. De groei naar volwassenheid die is ingezet moet wel doorzetten. Het is daarvoor van belang dat de nachtzorg voldoende zichtbaar is, zodat bijvoorbeeld voldoende prioriteit gegeven wordt aan de benodigde investeringen voor deze ontwikkeling en zodat strategische beslissingen worden genomen op basis van een juist beeld van de nachtzorg en van wat wel en niet kan bijdragen aan verdere verhoging van de kwaliteit. Het initiatief om te werken aan deze zichtbaarheid ligt primair bij de nachtzorg zelf.

Grote mate van praktijkvariatie

Variatie in aanpak is logisch voor een sector met zo'n variëteit aan cliënten en woonvormen. Instellingen waarmee gesproken is, hebben elk hun eigen oplossingen en voorkeuren en opereren tamelijk autonoom. Die ontwikkeling past in een proces van volwassenwording, dat voor wat betreft de nachtzorg is ingezet, de goede kant opgaat, maar nog zeker niet is afgerond. Er is wel overeenstemming over de doelen van nachtzorg. Ook vindt men elkaar in de noodzaak zorgvuldig om te gaan met de inzet van domotica. Op dit moment is geen sprake van een op sectorniveau gedeelde en gedragen aanpak om die visie te vertalen naar de zorgprak-

tijk. Ook initiatieven tot gezamenlijke kennisopbouw en/of structurele mechanismen voor delen van kennis en *good practices* zijn nog schaars. Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat instellingen wel behoefte hebben aan dergelijk praktisch houvast. Een voortrekkersrol van de partijen die op onderdelen verder zijn, is een goed voorstelbaar ontwikkelmodel, waarbij deze koplopers de sectorale ontwikkeling stimuleren en helpen vormgeven.

Van zorg per cliënt naar zorg met de cliënt

Ook de individuele invulling van (nacht)zorg voor de cliënt is mede in ontwikkeling en het is vanwege het langdurige verblijfskarakter (wonen) zeer van belang dat de persoonlijke belevingswereld van cliënten en hun verwanten zo volledig mogelijk tot zijn recht kan komen. De technologische mogelijkheden hoeven daarin geen belemmering te vormen. Voor succesvol maatwerk met de cliënt zijn, naast open communicatie en wederzijds begrip, twee factoren van groot belang. Ten eerste het structureel en expliciet vastleggen van specifieke afspraken over de invulling van de nachtzorg in het persoonlijk ondersteuningsplan van elke cliënt, waarbij de cliënt/vertegenwoordiger en de nachtzorg beide direct betrokken zijn bij het maken van de afspraken. En ten tweede het beschrijven van opties en technologieën in termen van uitkomsten in plaats van in technologische en/of zorg organisatorische termen zodat cliënten zinvol kunnen meedenken in de opties voor invulling van hun ondersteuning en begeleiding.

Dilemma's bij inzet van toezichthoudende domotica

Een goede inhoudelijke discussie over kwaliteit, veiligheid, privacy en de afwegingen daartussen wordt bemoeilijkt door eenzijdige, op onvolledige informatie gebaseerde beeldvorming bij stakeholders die niet direct bij de uitvoering van de nachtzorg betrokken zijn. De focus van buitenaf staat op gespannen voet met de opinie van direct betrokken medewerkers, die zich zeer bewust zijn van de noodzaak om onaanvaardbare risico's uit te sluiten, maar binnen die beperking prioriteit willen geven aan de levenskwaliteit en autonomie van de cliënt. Groeiende aandacht voor de privacy en persoonlijke levenssfeer van cliënten vertaalt zich in verschuivingen in de technologievoorkeuren van instellingen en zeer grote terughoudendheid in de inzet van cameratoezicht. Het werken aan juiste beeldvorming is de eerste stap om de mogelijkheid van een goede discussie over de dilemma's te openen.

Samenwerken binnen en tussen instellingen

Binnen instellingen heeft de nachtzorg nog niet altijd voldoende zichtbaarheid en daarmee geen volwaardige plaats in een geheel van geïntegreerde 24-uurs zorg, waarnaar de sector idealiter streeft. Actief werken aan die zichtbaarheid van de nachtzorg zowel bij (dag)medewerkers als bij verwanten is hiervoor essentieel. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de kwaliteit van de overdracht tussen dag en nacht.

Ook buiten de eigen instelling zijn samenwerken in gebruik van diensten, uitwisselen van ervaringen en oplossingen en samen de interactie aangaan met leveranciers belangrijke stappen op weg naar verdere volwassenheid. Daarvoor is het belangrijk dat direct betrokkenen bij de nachtzorg werken aan meer zichtbaarheid bij toezichthouders, beleidsmakers en het grote publiek.

Innovatie in het veld en kwaliteitsontwikkeling van domotica

Het lijkt erop dat de gehandicaptenzorg zich met betrekking tot de bij nachtzorg toegepaste technologieën in een overgangsfase bevindt. Veel gesprekspartners zijn bijvoorbeeld van plan of bezig om over te stappen naar de nieuwste generatie akoestische technologieën. Maar we zien ook een verschuiving ontstaan ten gunste van op sensoren gebaseerde oplossingen, waarbij privacy knelpunten die spelen bij akoestische systemen, worden voorkomen. Het ontwikkelen van ondersteunend materiaal voor instellingen waarmee zij een werkbaar visie op nachtzorg kunnen ontwikkelen en operationaliseren, en duidelijkheid over welke stappen men

kan zetten om de kwaliteit en veiligheid van nachtzorg in control te krijgen en te houden is nu een waardevolle stap.

TNO, 29 mei 2018

Inhoudsopgave

Management samenvatting	1
1 Inleiding	1
2 Onderzoeksvragen	2
3 Aanpak van het onderzoek	3
3.1 Gesprekken met sleutelfiguren	3
3.2 Survey onder VGN-leden	3
3.3 Focusgroep sessies met stakeholders	3
3.4 Interviews op locatie	4
3.5 Vragenlijsten en analysekader	4
4 Belangrijke kaders en standpunten	5
4.1 Toezicht en incidenten	5
4.2 Visie van cliënten en verwanten	6
4.3 Wettelijk kaders	7
4.4 Specifieke doelgroepen	8
4.5 Stand der techniek	9
5 Resultaten	11
5.1 Uitkomsten van de survey	11
5.1.1 Algemeen	11
5.1.2 Inzet personeel	11
5.1.3 Gebruik van domotica	11
5.1.4 Opvolging van meldingen	12
5.1.5 Visie binnen de organisatie	12
5.1.6 Afspraken omtrent nachtzorg en inspraakmogelijkheden	12
5.1.7 Selectie, aanschaf en vrijgave van apparatuur	12
5.1.8 Procedures bij storingen	12
5.2 Resultaten van de focusgroepgesprekken	12
5.3 Uitvoering van de interviews op locatie	13
5.4 Resultaten van de analyse	14
5.4.1 Wat bepaalt de kwaliteit van nachtzorg?	15
5.4.2 Omgaan met dilemma's rond kwaliteit, veiligheid, keuzevrijheid	16
5.4.3 Doel nacht en nachtzorg	17
5.4.4 Huidige stand en gang van zaken	18
5.4.5 Invloed technologie op kwaliteit nachtzorg	19
5.4.6 Zorginhoudelijke, organisatorische en ruimtelijke context waarin technologie wordt toegepast	20
5.4.7 Invloed cliënten, mantelzorg/familie. Hoeveel valt er te kiezen?	21
5.4.8 Welke maatregelen treffen instellingen voor juiste en veilige toepassing van technologie?	23
6 Conclusies en aanbevelingen	26
6.1 Een betrokken en gedreven sector	26
6.2 Grote mate van praktijkvariatie	27
6.3 Van zorg per cliënt naar zorg met de cliënt	28
6.4 Dilemma's bij inzet van toezichthoudende domotica	28

6.5	Samenwerken	29
6.5.1	Samenwerken binnen de 24-uurszorg	29
6.5.2	Samenwerken met andere instellingen	29
6.5.3	Samenwerken met leveranciers	29
6.6	Innovatie in het veld en kwaliteitsontwikkeling van domotica	30
	Literatuur	31
	Bijlage 1 Deelnemende organisaties	32
	Bijlage 2 Surveyvragen	34
	Bijlage 3 Gestructureerde vragenlijst focusgroepen	41
	Bijlage 4 Gestructureerde vragenlijst locatiebezoeken	45
	Bijlage 5 Tabel betekenisclusters	47
	Bijlage 6 Resultaten stellingen	48



1 Inleiding

De uitkomsten van dit onderzoek stellen VGN in staat een beter antwoord te geven op vragen die het publieke debat op dit onderwerp beheersen:

- › Wat bepaalt de kwaliteit van nachttoezicht? Welke zorginhoudelijke doelen streven ze na met nachttoezicht? Wat levert inzet van domotica voor cliënten en medewerkers op? Hoe richten instellingen de inzet van hun medewerkers in om die domotica goed en veilig te gebruiken? Voor welke functies en doelgroepen zetten ze het in? Hoe wordt rekening gehouden met de context: gebruikers/doelgroep/zorgbehoefte, organisatie van het werk, omgeving/gebouw/indeling?
- › Hoeveel ruimte hebben cliënten en hun familie om zelf te kiezen hoe de zorg die zij nodig hebben wordt vormgegeven en wanneer domotica wordt toegepast? Wat zijn de mogelijkheden om binnen de randvoorwaarden en mogelijkheden van een instelling de nacht-zorg op maat in te richten voor iedere cliënt?

Met behulp van dit onderzoek wordt er een breed beeld geschetst betreffende kwaliteit van de nachtzorg en de mogelijke rol van domotica daarin.

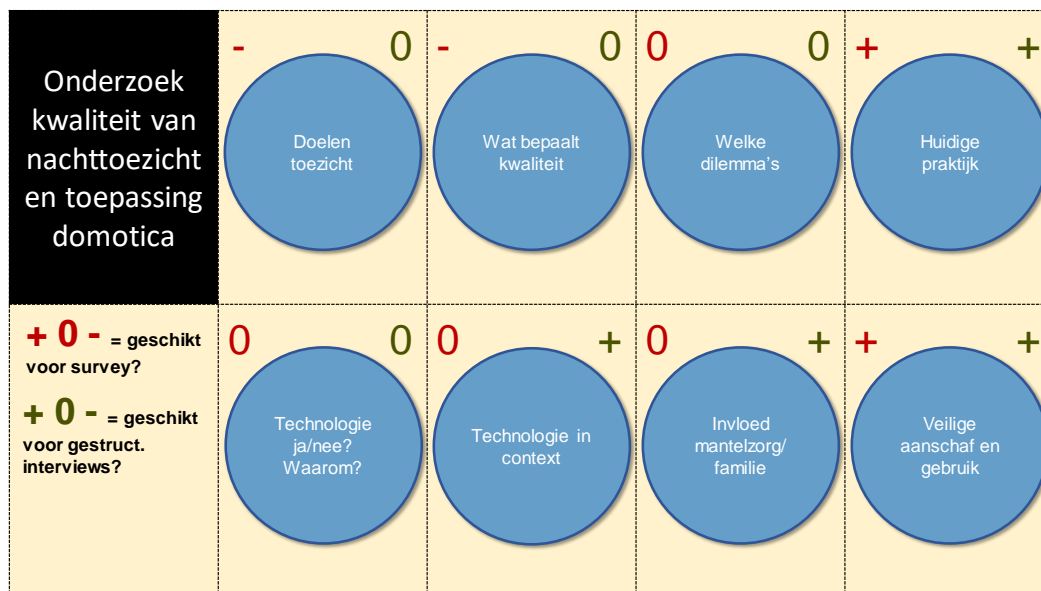
2 Onderzoeksvragen

Op basis van de oorspronkelijk door VGN voorgelegde vraagstelling, en de nadere informatie die tijdens de overleggen op 12 oktober en 2 november naar voren is gekomen, hebben we de volgende meer specifieke vragen als richtsnoer voor het onderzoek geformuleerd:

1. **Wat bepaalt de kwaliteit van nachtzorg?** Uiteindelijk gaat het om het leveren van kwalitatief goede nachtzorg. Belangrijk is om dat eerst te definiëren en daarna pas te bepalen waar verantwoord domotica ter ondersteuning kan worden ingezet.
2. **Hoe kijken betrokkenen in de sector aan tegen dilemma's rond kwaliteit, veiligheid en keuzevrijheid?** Bij deze vraag richten we ons specifiek op het in beeld brengen hoe deze dilemma's en afwegingen zich manifesteren rond het onderwerp nachttoezicht.
3. **Waarvoor is de nacht eigenlijk bedoeld?** Welke zorginhoudelijke doelen streeft de sector na met het uitvoeren van nachttoezicht? Hier richten we ons met name op de verschillende doelgroepen waarbij nachttoezicht wordt toegepast, en de mate en wijze waarop verschillen tussen die doelgroepen en hun behoeften doorwerken in de eisen die aan het nachttoezicht moeten worden gesteld.
4. **Hoe gaat het er momenteel aan toe in het nachttoezicht?** Bij de beantwoording van deze vraag kijken we wat de grootste knelpunten en vraagstukken zijn waar de sector tegenaan loopt. Ook vormen we een beeld van de variatie in aanpak tussen instellingen en onderzoeken of en op welke manier kennisdeling tussen instellingen plaatsvindt.
5. **Hoe beïnvloedt technologie de kwaliteit van de nachtzorg?** Hierbij gaan we in op de vraag wat overwegingen kunnen zijn om wel of niet te kiezen voor technologie, voor specifieke functiemogelijkheden van technologie, en/of voor specifieke toepassingen van technologie.
6. **Hoe wordt bij de keuze voor technologie rekening gehouden met de zorginhoudelijke, organisatorische en ruimtelijke context waarin deze wordt toegepast?** Bij de beantwoording van deze vraag richten wij ons vooral op de organisatie van het werk, de competenties, training en begeleiding van medewerkers en de omgeving/gebouw/indeling waarbinnen de technologie wordt gebruikt. De kenmerken en zorgbehoefte van verschillende doelgroepen worden behandeld bij de beantwoording van vraag 3.
7. **Hoeveel invloed hebben mantelzorg/familie op de keuzes die door de zorgverlener wordt gemaakt om de nachtzorg in te vullen en de kwaliteit ervan te bewaken?**
8. **Welke maatregelen passen instellingen toe om zeker te zijn dat veilige en gepaste domotica wordt aangeschaft en juist geïmplementeerd?** Bij de beantwoording van deze vraag wordt gekeken welke inhoudelijke en technische criteria instellingen hanteren, hoe ze de veiligheid en gepastheid borgen tijdens de verschillende stadia van aanschaf en toepassing én hoe instellingen omgaan met en leren van incidenten. Ook bij deze vraag is het belangrijk om te achterhalen hoe instellingen ervoor zorgen dat hun medewerkers goed zijn voorbereid op, en ondersteund worden bij, de veranderingen die de inzet van de technologie met zich meebrengt.

3 Aanpak van het onderzoek

Om een goed kwalitatief inzicht te krijgen in de stand van zaken en de meningen in het veld over nachttoezicht en domotica is in vier rondes informatie verzameld en getoetst.



Figuur 3.1 Onderzoeksvragen en manier van uitvragen

3.1 Gesprekken met sleutelfiguren

Om een eerste beeld en ordening van de problematiek te krijgen zijn gesprekken gevoerd met sleutelfiguren rondom het thema's nachtzorg, nachttoezicht en domotica. De gesprekken vonden plaats in januari en februari 2018. De resultaten van deze gesprekken zijn voornamelijk verwerkt in hoofdstuk 4 'Belangrijke kaders en standpunten' en hebben verder als basis gediend voor het structureren van de focusgroep sessies en de locatiebezoeken.

3.2 Survey onder VGN-leden

Via de website van de VGN is een survey uitgezet onder alle leden van de VGN, om basale cijfermatige informatie te verzamelen over de situatie in het veld en de mening over de nachtzorg en de rol van techniek daarin.

De surveyvragen zijn opgenomen in bijlage 2.

De resultaten van de survey zijn opgenomen in hoofdstuk 5.

3.3 Focusgroep sessies met stakeholders

Vanuit het netwerk van de VGN zijn bestuurders, zorgprofessionals en ouders/verzorgers en vertegenwoordigers van diverse instellingen uitgenodigd.

De focusgroep sessies brengen deze verschillende stakeholders met elkaar in gesprek over nachtzorg en domotica. In totaal zijn drie gesprekken georganiseerd met respectievelijk 17, 16 en 13 deelnemers. Voor een discussie over een aantal stellingen is gebruik gemaakt van de Mentimeter, een app waarmee live de instemming van de groep met een bepaalde stelling

kan worden gepresenteerd. Voor de thematische discussies is gebruik gemaakt van de Wereldtafels-methodiek. Hierbij wordt de groep gesplitst in subgroepen. Deze rouleren langs gesprekstafels waar verschillende deelonderwerpen aan de orde worden gesteld. Elke subgroep ziet bij elke tafel de input van eerdere groepen en kan hierop voortbouwen.

De deelnemende organisaties zijn opgenomen in bijlage 1.

De resultaten van de Mentimeter zijn opgenomen in bijlage 6.

De resultaten van de focusgroepen worden besproken in hoofdstuk 5.

3.4 Interviews op locatie

Tenslotte zijn er nog 8 locaties bezocht om de lokale situatie en oplossingen te bespreken en bekijken. Op die locaties is onder andere gesproken met management, verantwoordelijke voor ICT/centrale, medewerker nachtzorg en een cliënt of verwante.

De organisaties die we hebben bezocht en de personen die we hebben gesproken staan vermeld in bijlage 1.

De voornaamste resultaten van de locatiebezoeken worden besproken in hoofdstuk 5.

3.5 Vragenlijsten en analysekader

Ter voorbereiding op de focusgroep sessies en de locatiebezoeken zijn gestructureerde vragenlijsten gemaakt, gebaseerd op de structuur van de onderzoeksvragen. Deze zijn opgenomen in bijlage 3 en 4.

Alle kwalitatieve informatie die is verzameld in de sessies en de gesprekken is vanuit de verslagen geordend aan de hand van de onderzoeksvragen en verder geclusterd in een aantal betekenisclusters per onderzoeksvraag.

In bijlage 5 zijn die betekenisclusters in een tabel weergegeven.

4 Belangrijke kaders en standpunten

In dit hoofdstuk worden een aantal belangrijke kaders en standpunten geschetst rondom nachtzorg en domotica in Nederland, voor zover relevant voor dit onderzoek:

- › toezicht kader vanuit de overheid;
- › belangen van cliënten en verwanten;
- › wettelijke regelingen;
- › onderscheid van specifieke doelgroepen;
- › stand der techniek.

De inhoud van dit hoofdstuk is niet bedoeld uitputtend te zijn. Het geschetste kader is voornamelijk gebaseerd op de input van de sleutelfiguren aangevuld met opmerkingen uit de survey en opmerkingen die tijdens de focussessie en locatiebezoeken zijn opgetekend.

De sleutelfiguren die we in het kader van dit onderzoek hebben gesproken zijn:

- › Edwin van Houten en Kees de Kok - Inspectie Gezondheid en Jeugd;
- › Pouwel van de Siepkamp en Dickie van de Kaa - KansPlus;
- › Peer van der Helm - Hogeschool Leiden;
- › Brenda Frederiks - VUmc;
- › Marijke Delwig - VGN;
- › Gertrude van den Brink en Henk Kouwenhoven - Bestuur VGN.

4.1 Toezicht en incidenten

Nachtzorg maakt onderdeel uit van het aanbod van zorg aan mensen met een beperking waarop door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht wordt uitgeoefend. De inzet van technologische innovaties als eHealth en domotica bij nachtzorg is een trend die niet meer te stoppen is. Overigens is de trend niet recent ontstaan: al in de jaren tachtig van de vorige eeuw werd in de zorg aan mensen met een beperking gebruik gemaakt van (toen nog tamelijk primitieve) uitluisterapparatuur. eHealth en domotica zijn structureel onderdeel van de zorg aan mensen met een beperking: het gebruik ervan ter ondersteuning van de zorg en begeleiding enerzijds en ter vergroting van de zelfstandigheid en vrijheid van de cliënt met behoud van veiligheid en kwaliteit van zorg anderzijds moet dus goed worden aangepakt.

Uit een recent uitgevoerde nadere analyse rondom incidenten in de nacht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) komen weinig tot geen incidenten als gevolg van domotica-gebruik en/of het falen van toezichthoudende apparatuur naar voren. Evenmin krijgt de IGJ in haar gesprekken met het veld signalen dat nachtzorg een onderwerp is waarop uit oogpunt van toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg specifieke redenen tot bezorgdheid zijn. Dienovereenkomstig ziet de IGJ op dit moment geen aanleiding om voor nachtzorg proactief risicogericht toezicht in te zetten.

Toezicht vindt reactief en retrospectief plaats aan de hand van de verplichte incidentmelding. Incidenten zonder ernstige gezondheidsschade moeten intern worden geregistreerd. Als zich een calamiteit voordoet - een incident met ernstig, blijvende gezondheidsschade - is de zorgaanbieder gehouden hiervan melding te doen bij de Inspectie en een plan van aanpak voor verbetering op te stellen, zodat herhaling wordt voorkomen. Extra controle en vervolgonderzoek kan op instellingsniveau aan de orde zijn op basis van frequentie en ernst van incidenten en/of tekortkomingen in de afhandeling daarvan, maar bijvoorbeeld ook als een instelling opvallend weinig incidenten registreert.

Vertegenwoordigers van cliënten hebben op basis van eigen ervaringen het beeld dat niet alle incidenten worden geregistreerd en gemeld. Vooral “bijna-incidenten” worden in hun optiek

ondergerapporteerd. Bijgevolg schort het op dit moment aan opvolging en evaluatie van voorvallen.

Naar de mening van cliëntvertegenwoordigers laten instellingen hierdoor kansen liggen om van fouten, storingen en (bijna-)incidenten te leren. Toezichhoudende systemen, zoals uitluistersystemen, zijn een combinatie van zorg/ondersteuning en privacy inbreuk of zelfs vrijheidsbeperking (indien niet-vrijwillig). Dit is een ingewikkeld spanningsveld en nader onderzoek daarop is noodzakelijk om te komen tot goede aanbevelingen.

4.2 Visie van cliënten en verwanten

De in het kader van dit onderzoek door TNO geconsulteerde cliëntvertegenwoordigers zien het als essentieel dat instellingen een cliëntgericht beleid voeren én dit in de praktijk waarmaken. Een cliëntgericht beleid heeft als kernwaarden: recht op het ontwikkelen van eigen mogelijkheden, kwaliteit van zorg en ondersteuning, keuzevrijheid, veiligheid en stabiliteit. Verlening van nachtzorg en de toepassing daarbij van domotica moeten binnen dit kader worden gezien.

Cliëntvertegenwoordigers benadrukken het grote belang voor cliënten van ervaren veiligheid en geborgenheid. Veel van de hulpvragen die zich in de nacht voordoen zijn psychosociaal van aard of hebben een sterk aan privacy en persoonlijk decorum gerelateerd karakter. Bovendien hebben veel cliënten er als structurerend element sterk behoefte aan te weten bij welke (liefst vertrouwde) persoon men die nacht zo nodig terecht kan.

De gemoedstoestand en gezondheidstoestand van de cliënt tijdens de dag en specifieke gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan kunnen effect hebben op de zorgvragen die zich in de nacht voordoen en vice versa. Een “warme” overdracht tussen dagzorg en nachtzorg is een belangrijk middel om die informatie beschikbaar te maken.

De inzet van domotica wordt beslist niet principieel afgewezen, en kan ook zeker voordelen bieden voor de kwaliteit van zorg. Maar hierbij is essentieel dat domotica wordt ingezet in combinatie met en ter ondersteuning van menselijke aanwezigheid.

De inzet van domotica moet altijd op maat worden gekozen en in overleg met cliënten en/of hun vertegenwoordigers. Voor de cliëntvertegenwoordigers weegt zwaar dat innovaties in de nachtzorg (domotica of anderszins) niet ten koste mogen gaan van de eigen regie van de cliënt over het dagelijks leven en de dagindeling. De voor dit onderzoek geconsulteerde gesprekspartners melden bekend te zijn met gevallen waar de bedtijden van cliënten verplicht werden opgelegd in verband met het inschakelen van de nachtzorgsystemen.

Financiële besparingen mogen geen drijfveer zijn voor de inrichting van de nachtzorg.

Twee belangrijke organen binnen instellingen, die functioneren om de belangen van cliënten en verwanten een stem te geven zijn:

- › Cliëntenraad: samengesteld uit cliënten/bewoners, juridisch gebaseerd op de WMCZ (Wet Medezeggenschap cliënten Zorginstellingen). De cliëntenraad kan werkzaam zijn op verschillende niveaus als centrale cliëntenraad, maar ook meer lokaal of regionaal. Het is een adviesorgaan voor de zorginstelling. De zwaarte van het advies is vastgelegd voor verschillende onderdelen van de zorg. De cliëntenraden praten alleen op instellings- of locatieniveau mee over nachtzorg en niet op het niveau van de individuele patiënt. Daarnaast is men er bij lang niet alle cliëntenraden van overtuigd dat zij voldoende voeling en binding hebben met de belangen, overwegingen en zorgpunten van individuele cliënten en verwanten;
- › Verwantenraad: indien de raad bestaat uit of is gecombineerd met vertegenwoordigers van de cliënten, familie of andere verwanten spreekt men ook van verwantenraad. De verwantenraad kan ook juridisch gezien gebaseerd zijn op de WMCZ. Dit hoeft echter

niet. Verwantenraden hebben per instelling een wisselende status en zijn ook per instelling verschillend georganiseerd.

4.3 Wettelijk kaders

Invulling van de zorg gaat bij voorkeur op maat en zodanig flexibel dat het op ieder moment kan worden aangepast aan de behoefte van de cliënt. Het ondersteuningsplan speelt hierbij een belangrijke rol. Daarin worden de afspraken vastgelegd en regelmatig geëvalueerd en bijgesteld. In de focusgroepen en locatiebezoeken heerste echter de mening, dat zaken betreffende toezicht in de nacht niet altijd even zorgvuldig beschreven en onderbouwd zijn.

Bij verschil van mening over in te zetten zorg, maatregelen en toezicht tussen cliënt/vertegenwoordiger enerzijds en zorgverlener/begeleider anderzijds, is het zo dat de hulpverlener bepaalt welke maatregelen noodzakelijk zijn voor goede en veilige zorg, maar de cliënt moet hier toestemming voor geven. Dit kan anders zijn wanneer cliënten op forensische titel of met een RM zijn opgenomen.

Wettelijke kaders zijn geschikt om de randvoorwaarden aan te geven voor alle partijen, maar laten altijd ruimte voor interpretatie.

De belangrijkste wettelijke regelingen die van toepassing zijn op de zorg zijn:

- › BOPZ (Wet zorg en dwang (Wzd) vanaf 2020). Deze wet regelt de verschillende vormen van (onder andere gedwongen) opname van cliënten, de rechten van cliënten indien opgenomen en wanneer zorg tegen iemands wil (dwangbehandeling/nood) kan worden toegepast. Het uitgangspunt van de Wzd is: “Nee, tenzij”. Geen onvrijwillige zorg, tenzij dit noodzakelijk is om ernstig nadeel bij de cliënt weg te nemen/te voorkomen. De Wzd regelt wanneer onvrijwillige zorg kan worden verleend, welke besluitvormingsprocedure daaraan vooraf gaat en wanneer evaluatie van onvrijwillige zorgverlening moet plaatsvinden. De besluitvormingsprocedure waarborgt dat zorgvuldig onderzocht wordt of alternatieven mogelijk zijn voor het verlenen van onvrijwillige zorg. Alleen als dat niet het geval is, mag onvrijwillige zorg worden toegepast. Toezichthoudende domotica, zoals uitluistersystemen, camerabewaking en bewegingssensoren, vallen onder onvrijwillige zorg als de cliënt of vertegenwoordiger zich ertegen verzet;
- › Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (WKKGZ). In deze wet is vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. En wat er moet gebeuren bij klachten over de zorg. Vanaf januari 2018 moet door instellingen, gerelateerd aan de kwaliteitsdocumenten, ook in visiedocumenten expliciet aandacht worden besteed aan toezicht. Hierbij zijn nog veel zaken niet uitgewerkt zoals welke eisen aan de betrokken medewerkers gesteld worden;
- › wetgeving medezeggenschap cliëntenraden (WMCZ). Deze wet regelt de instelling van cliëntenraden. De cliëntenraad in een zorginstelling behartigt de gemeenschappelijke belangen van de cliënten. In de cliëntenraad zitten cliënten, maar kunnen ook vertegenwoordigers van het cliëntenbelang zoals familieleden van cliënten zitten. Het bestuur van een zorginstelling moet bij beslissingen rekening houden met het advies van de cliëntenraad. Cliëntenraden hebben verschillende rechten waaronder het recht op informatie en het (al dan niet verzaamd) adviesrecht;
- › vertegenwoordiging: interessant om in dit kader nog te noemen is waarmee een verwante rekening moet houden om voor een cliënt zaken te mogen regelen op de verschillende gebieden (begeleiding, ondersteuning, medisch, financieel). Ouders van minderjarige kinderen zijn de wettelijke vertegenwoordigers. Wettelijk vertegenwoordigers, zoals een bewindvoerder of mentor hebben bepaalde bevoegdheden. Een mentor neemt beslissingen op het persoonlijke vlak: over verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. Hij kan inzage krijgen in het ondersteuningsplan (dossier) van de cliënt. De mentor gaat niet over

geldzaken. Een bewindvoerder beheert bepaalde goederen en/of het geld van de cliënt. Een bewindvoerder neemt geen beslissingen over de begeleiding, ondersteuning en gezondheid en mag het ondersteuningsplan (dossier) van de cliënt niet inzien;

- › Privacy Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) regelt het omgaan met persoonsgerelateerde gegevens. Per 25 mei 2018 is deze wet in werking getreden, er is dus nog weinig ervaring met de wet. De wet regelt de verplichting van een functionaris gegevens bescherming en het beschermen van en omgaan met persoonsgerelateerde gegevens, zoals die via uitluisterapparatuur of een camera worden geregistreerd. Overigens is in onze grondwet het recht op privacy van privépersonen vastgelegd: 'Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer.'

4.4 Specifieke doelgroepen

De zorg aan mensen met beperkingen kenmerkt zich door een grote diversiteit aan cliëntprofielen en zorgbehoeften. Voor het huidige onderzoek is in eerste instantie een driedeling in doelgroepen gehanteerd, die echter gaande het onderzoek is losgelaten, omdat duidelijk werd dat de behoefte aan zorg, ondersteuning en toezicht in de nacht in sterke mate individueel bepaald is. Wel kan een aantal specifieke doelen worden aangegeven, die bij de uitoefening van nachtzorg een rol spelen:

- › psychosociale zorg;
- › zorg en ondersteuning bij ADL en persoonlijke hygiëne;
- › monitoring van de gezondheidstoestand van de cliënt gericht op het detecteren van en adequaat reageren op specifieke medische risico's. Met name monitoring van epilepsie is een veelvoorkomend nachtzorgdoel;
- › bescherming van de cliënt tegen ongewenste invloeden van buitenaf. Hieronder vallen ook vormen van nachtzorg die bedoeld zijn het ervaren gevoel van veiligheid van de cliënt in de eigen kamer te ondersteunen;
- › voorkomen van gedrag dat schade kan aanrichten aan de eigen gezondheid en/of welzijn, en/of die van anderen.

Over het algemeen gesproken is sprake van een verzwaring van de problematiek bij groepen waar nachtzorg voor wordt ingezet. Verschillende factoren spelen hierbij een rol:

- › nachtzorg wordt vrijwel alleen ingezet voor cliënten voor wie verblijf onderdeel uitmaakt van de indicatie, waarbij dat verblijf overigens heel wisselende vormen kan aannemen. Door invoering van de Wet langdurige zorg en verschuiving van zorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning is de gemiddelde zorgzwaarte van cliënten met verblijf toegenomen;
- › vergrijzing van het cliëntenbestand. Dit komt vooral door verbeteringen in de zorg, zowel medisch-specialistische als langdurige zorg, waardoor cliënten een hogere leeftijd bereiken, en dus ook tot op hogere leeftijd in een instelling verblijven. Deze ontwikkeling speelt vooral sterk bij cliënten met het syndroom van Down. Een hogere leeftijd gaat gepaard met vaak zware co-morbiditeit op zowel het somatische als het psychische vlak;
- › medisch-technologische en -inhoudelijke ontwikkelingen zorgen dat meer cliënten met ernstige meervoudige problematiek overleven en een hogere leeftijd bereiken.

Er is sprake van een toename van de groep cliënten met een combinatie van verstandelijke beperkingen en probleemgedrag of moeilijk verstaanbaar gedrag. Deze toename komt enerzijds door grensvlakproblematiek met GGZ, anderzijds door afnemende maatschappelijke ac-

ceptatie en verminderde draagkracht van sociale steunsystemen. Hoe dan ook is er sprake van een trek terug naar de instellingen.

Voor het onderzoek was een driedeling gemaakt in op basis van de zwaarte van de zorgvraag:

1. **begeleiding** voor cliënten, vooral bedoeld ter ondersteuning van een zelfstandig leven. Nadruk op ondersteuning;
2. **toezicht** voor cliënten met bijkomende psychische- en/of gedragsproblematiek. Nadruk op begeleiding, behandeling;
3. **zorg** voor cliënten met ernstige meervoudige beperkingen. Nadruk op verzorging, ADL, behandeling.

De diversiteit in de sector is echter zeer groot, zodat de meeste organisaties met hun oplossingen niet kunnen en willen uitgaan van een indeling in groepen, maar op individuele basis de juiste vorm van zorg/begeleiding en ondersteunende technologie bepalen.

Een belangrijk onderscheid blijft echter wel of het verblijf in de instelling met volledige instemming van de bewoner/verwanten is of dat in meer of mindere mate sprake is van een gedwongen verblijf met toezicht bijvoorbeeld door psychische of gedragsproblematiek of zelfs een alternatieve hechtenis (TBS). In deze gevallen zijn de systemen voor begeleiding en toezicht ook gericht op het borgen van de veiligheid van medewerkers/begeleiders en het voorkomen van maatschappelijke schade.

4.5 Stand der techniek

In de (gehandicapten)zorg wordt gewerkt met een beperkt aantal fabrikanten en leveranciers van domotica-systemen. De belangrijkste die genoemd zijn in de bijeenkomsten en locatiebezoeken zijn: Ascom, AVICS, CLB, Hertek en Mextal.

Deze leveranciers leveren de domotica infrastructuur en software voor de vaste centralistenposten of de mobiele bewaking. Vaak hoort hier een eigen set aan sensoren, camera-systemen en uitluistersystemen bij. In een aantal gevallen werkt een instelling met meerdere leveranciers voor één of meerdere onderdelen van het systeem, bijvoorbeeld sensoren, uitluisterapparatuur of mobiele bewaking. Eén grote instelling heeft bewust gekozen om twee concurrerende systemen binnen de organisatie in te voeren zodat meer eisen aan ieder van de leveranciers kunnen worden gesteld.

Zowel de situatie met een “monopolie” van één leverancier voor het gehele systeem als de situatie met vele verschillende leveranciers die over de vloer komen, heeft voor- en nadelen. De “monopolie” situatie heeft als nadeel dat men gebonden is aan de apparatuur die de leverancier levert en dit kan soms gewenste innovatie tegenhouden. Het werken met verschillende leveranciers heeft echter als nadeel dat systemen minder goed op elkaar afgestemd zijn en dat bij disfunctie de schuld al gauw bij “de ander” wordt gelegd.

Als grotere organisatie kun je meer gedaan krijgen bij een leverancier. Deze zal bij specifieke wensen meer meedenken en met oplossingen die aan de instellingswens tegemoetkomt. Een manier voor kleinere organisaties om dat te bereiken is om zich te verenigen, bijvoorbeeld in een gebruikersplatform. Soms gaat daarvoor ook het initiatief uit van de leverancier die graag goed aan wil sluiten bij de wensen en behoeften van het veld.

Voor het onderzoek is de onderverdeling gevolgd uit de Whitepaper *Zorgdomotica in de nachtzorg* van Vilans (2015). In deze matrix worden als type domotica akoestisch (geluid), visueel (beeld) en sensorisch (alle andere sensoren, met name voor detectie van beweging) onderscheiden. Daarnaast worden 3 zogenoemde generaties onderscheiden, die oplopen in “intel-

ligentie” van het interpreteren van signalen en combineren van input van verschillende systemen en sensoren.

Tabel 4.1 Domotica indeling (bron: Vilans, 2015)

Generatie	Type domotica		
	Akoestisch (AB)	Sensorisch (SB)	Video (VB)
1 ^e	Detectie van geluidsintensiteit, vergelijkbaar met babyfoon	Simpele bewegingssensor, in vaktermen vaak PIR-sensor genoemd (Passive Infra red Sensor)	Continue monitoring door middel van camera
2 ^e	Detectie van geluidsintensiteit en tijdsduur. Alarm wordt geactiveerd als volume gedurende vooraf aangewezen periode drempelwaarde overschrijdt	Cluster van bewegingssensoren op verschillende plekken in de ruimte. Gecombineerde signalen geven een indicatie van de richting van beweging	Combinatie videobewaking met AB en/of SB-detectie. Doorgifte beelden alleen als ook signaal op basis van AB/SB-detectie
3 ^e	Naast detectie ook analyse en softwarematige herkenning geluid, op basis van referentiegeluiden en feedback gebruikers	Netwerk van bewegingssensoren. Continue interpretatie van status van een cliënt op basis van softwarematige analyse van de sensorgegevens	Slimme monitoring op basis van softwarematige analyse van beeldmateriaal. Doorgifte van relevant beeldmateriaal alleen als op basis van softwarematige analyse verhoogde waarschijnlijkheid van incident.

Innovatie-initiatief in de sector

Om innovatie binnen de gehandicaptenzorg, ook met betrekking tot de nachtzorg, naar een hoger niveau te tillen hebben innovatiemanagers van verschillende zorginstellingen de informele groep VG-innovators opgericht.

Zij constateerden dat er een gat is ontstaan tussen de beschikbare innovaties en de bestaande behoefte in de sector. Dit komt volgens de groep vooral omdat zorginnovaties vaak niet aansluiten bij de vraag vanuit de sector, omdat ze zijn gericht op een andere doelgroep - zoals de ouderenzorg. Om hier verandering in te brengen, gaan de deelnemers van dit platform als collectief zoeken naar invulling van de behoefte vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg. Innovatoren vanuit het netwerk VG-innovators organiseerden in april 2018 de eerste landelijke hackathon in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Tijdens de VG-hackathon is gezocht naar een antwoord op de vraag: *Hoe kunnen we mensen met een verstandelijke beperking ook in de toekomst nog beter ondersteunen met behulp van technologie?*

5 Resultaten

5.1 Uitkomsten van de survey

5.1.1 Algemeen

Vanuit de circa 170 leden van de VGN is een groot aantal reacties gekomen op de oproep voor het invullen van de survey. In totaal zijn 143 vragenlijsten (deels) ingevuld. Het betreft ook meerdere respondenten vanuit eenzelfde organisatie. Door een technisch probleem met de vragenlijst heeft niet iedereen de lijst goed kunnen invullen. Dit en het feit dat de vragen over een breed terrein van expertise gingen, heeft ertoe geleid dat niet alle respondenten de gehele vragenlijst hebben afgemaakt. Bij de weergave van resultaten hieronder wordt aangegeven om hoeveel respondenten het voor dat specifieke onderdeel ging. De survey is ingevuld door organisaties van diverse groottes. Dit loopt uiteen van klein (<100 cliënten en enkele locaties in een regio, 10%) tot zeer groot (>1.000 cliënten en veel locaties over geheel Nederland, 50%).

Voor de survey was een driedeling gemaakt, op basis van intensiteit van de zorgvraag. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen drie doelgroepen:

1. begeleiding voor cliënten die vooral bedoeld is ter ondersteuning van een zelfstandig leven. Nadruk op ondersteuning;
2. toezicht voor cliënten met bijkomende psychische- en/of gedragsproblematiek. Nadruk op begeleiding, behandeling;
3. zorg voor cliënten met ernstige meervoudige beperkingen. Nadruk op verzorging, ADL, behandeling.

Een belangrijk inzicht dat door de survey wordt bevestigd, is dat het veld van de gehandicaptenzorg zeer divers is. Zowel wat betreft de grootte en inrichting van de organisaties als de diversiteit aan locaties en manieren van zorg en begeleiding die wordt geboden. Dit hangt direct samen met de grote diversiteit van de doelgroep die in deze vormen van zorg wordt begeleid en verzorgd. De driedeling die uitgangspunt was voor de bevraging bleek daarbij niet fijnmazig genoeg om deze diversiteit te kunnen vatten.

5.1.2 Inzet personeel

De vraag of er een norm gehanteerd wordt voor inzet van personeel in de nachtzorg is 153 keer beantwoord. Dit betekent dat respondenten deze vraag voor meerdere doelgroepen beantwoord hebben. Het beeld is over alle doelgroepen gelijk. De personele inzet 's nacht is voornamelijk afhankelijk van de noodzaak tot zorg (complexiteit van de zorgvraag), en loopt uiteen van 1 begeleider/zorgverlener op 1 cliënt tot 1 op 50 cliënten. Het betreft zowel slapende als wakende wacht en centralisten. In een aantal gevallen is er een externe organisatie betrokken bij het toezicht in de nacht, het betreft dan bijvoorbeeld een collega-organisatie of een bewakingsdienst. Het vaakst wordt de specifieke zorgvraag of ZZP van een cliënt benoemd als bepalende factor voor de verhouding begeleiding-clieënten. Een door de respondenten veel genoemde reden om geen vaste norm te hanteren is dat de noodzakelijke verhouding begeleiding-clieënten ook sterk afhangt van de configuratie van woonvoorzieningen op locaties en de ligging van die locaties.

5.1.3 Gebruik van domotica

De vraag of er binnen de organisatie gebruik gemaakt wordt van toezichthoudende domotica is 145 keer beantwoord. Hiervoor geldt ook weer dat deze vraag waarschijnlijk door respondenten voor meerdere doelgroepen beantwoord is. Van de respondenten die de vraag over

gebruik van domotica heeft ingevuld, geeft de overgrote meerderheid aan gebruik te maken van enige vorm van domotica tamelijk gelijk verdeeld over 1^e, 2^e en 3^e generatie apparatuur. Bij de 2^e generatie apparatuur valt op dat vooral akoestische bewaking de basis vormt. Bij de 3^e generatie apparatuur valt een vermindering van inzet van camerabewaking op. Van de 67 respondenten die de vraag over investering hebben ingevuld geeft 80% van de respondenten aan te zullen investeren in domotica in de komende twee jaar voor innovatie en verbetering. Wanneer organisaties geen gebruik maken van domotica, geven ze aan dat dit niet nodig is in verband met (de zelfstandigheid van) hun cliënten. Een enkeling geeft aan nog geen goed beeld te hebben van wat er dan nodig is binnen hun specifieke organisatie.

5.1.4 *Opvolging van meldingen*

De opvolging is in 80% van de gevallen vastgelegd in een protocol (55 van 68 respondenten). Een combinatie van wakende en slapende wacht is het meest voorkomend. De nachtmedewerkers zijn meestal mbo-verpleegkundigen of agogisch begeleider. Als speciale training hebben de nachtmedewerkers behalve leren omgaan met de apparatuur en ook verplicht een EHBO of BHV/Reanimatie diploma. Bij de 58 respondenten die reageerden op de vraag over incidenten is het aantal geregistreerde nachtelijke incidenten tussen de 0 en de 50 per jaar. Dit omvat soms ook de storingen in het systeem. Over het algemeen zijn die niet zodanig dat hierover melding aan de inspectie wordt gedaan. In 75% van de gevallen (46 van 63 respondenten) geeft men expliciet aan geen klachten te krijgen die over de nachtzorg gaan.

5.1.5 *Visie binnen de organisatie*

70 respondenten reageerden op de stellingen over de visie binnen de organisatie. Zij geven aan dat er binnen de organisaties meestal wel een duidelijke visie is op kwaliteit en kwaliteitsverbetering van het nachttoezicht: (84% is het hier mee eens of geheel mee eens). Vaak is die er ook op betrokkenheid van medewerkers en cliënten/verwanten over tot stand komen en inzet van domotica (83% mee eens of helemaal mee eens). De visie op risicobeheersing, veilig gebruik, financiële risico's, omgaan met data en privacy ontbreekt echter relatief vaak (30% neutraal tot negatief gestemd, respectievelijk 29% neutraal tot negatief gestemd).

5.1.6 *Afspraken omtrent nachtzorg en inspraakmogelijkheden*

De afspraken met cliënten over de nachtzorg worden over het algemeen goed vastgelegd in het ondersteunings- of zorgplan en jaarlijks geëvalueerd. Cliënten en medewerkers zijn positief over de inzet van technologie bij nachtzorg en hebben daarin ook de nodige inspraak.

5.1.7 *Selectie, aanschaf en vrijgave van apparatuur*

45 respondenten reageerden op de vragen over selectie, aanschaf en vrijgave van apparatuur. In meer dan de helft van de gevallen gaat dit volgens eigen interne richtlijnen of procedures.

5.1.8 *Procedures bij storingen*

Op de vraag over procedures voor het geval van storing in systemen geven 69 respondenten aan dat men terugvalt op toezicht ter plaatse, maar ook is er daarnaast in de helft van de gevallen een technische oplossing via een back-up systeem of noodstroomvoorziening. Ook andere technische hulpmiddelen of terugvallen op de ICT-leverancier worden genoemd.

5.2 *Resultaten van de focusgroepgesprekken*

Ook voor deelname aan de focusgroepen was er vanuit de sector veel belangstelling. Bij de gesprekken bleek dat men het belangrijk vindt dat er meer expliciet aandacht is voor de nachtzorg. Vaak is dit een vergeten onderdeel van de zorg. Het feit dat dit onderwerp in deze ses-

sies aandacht kreeg is mede een verklaring voor de enthousiaste deelname. De sfeer tijdens de focusgesprekken was heel open en de discussie was levendig. De bijeenkomsten zijn door de deelnemers ook ervaren als een prima gelegenheid om onderling ervaringen te delen. In totaal zijn drie gesprekken georganiseerd met respectievelijk 17, 16 en 13 deelnemers. Per sessie waren steeds circa 10 verschillende organisaties vertegenwoordigd door een breed scala aan functionarissen waaronder onder andere: manager nachtzorg, nachtzorgmedewerker, ICT-medewerker, hoofd/medewerker alarmcentrale, projectleider domotica, cliëntvertegenwoordiger. De organisaties vertegenwoordigen een groot deel van het veld. De deelnemende organisaties zijn gespreid over grote en kleine instellingen en vertegenwoordigen ook gespecialiseerde instellingen voor bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld epilepsie, problematisch/moeilijk verstaanbaar gedrag). Onder de deelnemers zijn organisaties die al ver zijn ontwikkeld in hun organisatie rondom technologie in de nachtzorg, maar ook organisaties die daarin de eerste stappen zetten en/of bewust een terughoudende houding tegenover technologie-inzet innemen. Verder verschillen de organisaties in hun houding ten opzichte van cliënteninbreng. In de sessies waren ook vertegenwoordigers van KansPlus (sessie 2 en 3) en VGN (sessie 1) aanwezig.

Een overzicht van alle deelnemende organisaties is opgenomen in bijlage 1.

Ter voorbereiding vulden de deelnemers een aantal startvragen in over de essentie van goede nachtzorg, over een incident of voorval in de nacht dat is bijgebleven en over het grootste voordeel en grootste nadeel van toepassing van domotica in de nachtzorg. De antwoorden zijn bij de discussies tijdens de sessie opnieuw aan bod gekomen en door de deelnemers ingebracht.

Tijdens de bijeenkomsten was er eerst discussie over een aantal stellingen gebaseerd op de onderzoeksvragen. Door de formulering van de stellingen kwam een levendige discussie op gang en werden de deelnemers uitgelokt een standpunt in te nemen en dat te verdedigen of nader toe te lichten. De stellingen en de resultaten van de Mentimeter zijn opgenomen in bijlage 6.

Aan de wereldtafels zijn drie thema's verder uitgediept: "*Wat is goede nachtzorg?*", "*Medezeggenschap over de inrichting van de nachtzorg*" en "*Verbetering van de nachtzorg*".

Door te werken met steekwoorden kan iedere volgende groep hierop reageren door aan te vullen. Het effect van deze werkwijze is vooral dat en volgende groep weer een geheel nieuwe invalshoek kan toevoegen. Hierdoor ontstaat per thema een heel breed beeld van relevante aspecten.

De resultaten van de discussie zijn verder verwerkt in paragraaf 5.4.

We sloten de sessies af met een plenaire discussie over "*Technologie en Organisatie*". Hieruit bleek ook weer de verscheidenheid onder de deelnemers, met name de achterliggende visies op kwaliteit en hoe ver men binnen de organisatie al is met de nachtzorg in relatie tot kwaliteitsbeheersing, procesbeheersing, risicobeheersing, organisatieontwikkeling, etc.

5.3 Uitvoering van de interviews op locatie

Om recht te doen aan de diversiteit van het veld en om ter plaatse een aantal locaties en centrales te bekijken zijn acht locatiebezoeken afgelegd door het hele land. Bij de selectie van instellingen is uitgegaan van een zo breed mogelijke spreiding in instellingsgrootte, evenals van een zo breed mogelijke spreiding in primaire doelgroepen: zowel gespecialiseerde instellingen (bijvoorbeeld Trajectum en Kempenhaege) als instellingen met een (zeer) gemêleerd cliëntenbestand (bijvoorbeeld 's Heeren Loo).

Hoewel hier niet op voorhand was geselecteerd, bleek tijdens de locatiebezoeken dat de bezochte instellingen ook erg uiteenlopen in hun visie hoe om te gaan met wensen van cliënt en verwanten en hun visie op de mogelijkheid die er is om deze inbreng te honoreren in de vorm van domotica op maat. De variatie zat hem vooral in de manier waarop aan de visie in de praktijk handen en voeten werd gegeven; het programmatische uitgangspunt “maatwerk per cliënt” kwam bij alle instellingen terug.

Op de meeste locaties is gesproken met vertegenwoordigers van de 4 belanghebbenden: management, ICT/centrale, (zorg)medewerker en cliënt(vertegenwoordiger). Een uitzondering was de Hartekamp (waar cliënten zeer terecht de voorkeur gaven aan het jaarlijkse bezoek aan de Haarlemse kermis).

Tijdens enkele bezoeken is ook een bezoek gebracht aan een woonlocatie en/of brachten we een bezoek aan de nachtzorgcentrale.

Het bezoeken van woonlocaties bracht ons in contact met de bewoners en gaf ons inzicht in de ligging van gebouwen op een terrein en indeling van gebouwen.

Deze informatie bevestigde en versterkte onze eerdere indruk dat de inzet van domotica in sterke mate afhangt van niet alleen de cliënt en diens wensen/behoefte, alsmede de veiligheid van medewerkers, maar ook van de situatie ter plaatse op de locatie en de daaruit voortvloeiende mogelijkheden en beperkingen. In oudere locaties zijn (oudere) uitluister- en oproepsystemen aanwezig. In nieuwere locaties is vaak rekening gehouden met deze systemen en is de infrastructuur al uitgerold. Op de kamer van de cliënt kan dan eenvoudig de juiste apparatuur worden aangeschakeld.

Als de cliënt goed mee kan denken en relatief veel autonomie aankan staat de discussie met de cliënt zelf centraal. Cliënten kunnen meestal goed uit de voeten met de beslissingen die in het overleg worden genomen: de meeste cliënten die we hebben gesproken zeiden geen hinder te hebben van de apparatuur die in hun eigen kamer aanwezig is, of die zelfs prettig te vinden. Aan de andere kant spraken we ook met een cliënt die het had over “afluisteren” en sceptisch was tegenover de camera’s in de gangen als controle op het doen en laten van bewoners en bezoekers. Als goed wordt besproken wat de beste maatregelen zijn tussen begeleiders/zorgverleners, cliënten of hun vertegenwoordigers komt men daar eigenlijk altijd uit.

Met management en medewerkers is gesproken over de kracht die uitgaat van een duidelijke organisatievisie. In grotere organisaties, die door diverse samenvoegingen zijn ontstaan en waar men te maken heeft met erfenissen van de losse organisaties (gebouwen, infrastructuur, apparatuur en bedrijfscultuur) is een sturende visie op de inzet van domotica in de nachtzorg essentieel.

Van ieder van de bezoeken is een verslag gemaakt, geordend naar de onderwerpen van de onderzoeksvragen per stakeholder. De verzamelde informatie per onderzoeksvraag is meegenomen in de analyse in paragraaf 5.4.

5.4 Resultaten van de analyse

Om de grote hoeveelheid gegevens te ordenen zijn de onderzoeksvragen als uitgangspunt genomen. Hiermee is tevens gezorgd voor methodologische afstemming tussen de analyse van de resultaten en de opzet van de voornaamste onderzoekstappen (focusgroepen en locatiebezoeken); voor de laatste was een specifieke vraagstelling binnen een op de onderzoeksvragen gebaseerd raamwerk ontwikkeld.

Binnen iedere onderzoeksvraag zijn één of meer deelonderwerpen (betekenisclusters) onderscheiden. Zie bijlage 5 voor een schematische weergave van het analysekader. In deze paragraaf worden de resultaten toegelicht per onderzoeksvraag.

5.4.1 *Wat bepaalt de kwaliteit van nachtzorg?*

De belangrijkste bevinding die uit de discussies naar voren komt is dat integrale aanpak van dag- en nachtzorg noodzakelijk is om een hoog kwaliteitsniveau duurzaam te kunnen bieden. Onze gesprekspartners zijn eensgezind in de opvatting dat idealiter geen sprake mag zijn van aparte zorgcircuits voor de dagzorg en nachtzorg, maar dat een 24-uurs continuüm van zorg voor en rondom de cliënt moet worden gecreëerd. Een goede nachtrust is immers belangrijk voor het functioneren overdag; en omgekeerd hebben gebeurtenissen overdag invloed tijdens de nacht. Om aan alle cliënten een goede, veilige nachtrust te kunnen bieden, moet al vanaf de intake van nieuwe cliënten ook de nachtzorg bij het opstellen van het zorgplan worden betrokken.

De nachtzorgmedewerkers die wij hebben gesproken vinden de situatie verbeterd ten opzichte van “een aantal jaren terug” (waarbij de precieze tijdsspanne meestal onduidelijk bleef), maar men vindt niet dat men al op het gewenste niveau van integratie is aanbeland. Hoewel meer overleg en overdracht plaatsvindt dan vroeger, blijft er organisatorisch gezien wel een groot verschil is tussen dag en nacht, onder andere in personele bezetting, inzet technische systemen, zorg/begeleidings-activiteiten; in sommige gevallen gaat letterlijk “de knop om” bij de overgang van dagzorg naar nachtzorg en terug. Deze verschillen leiden tot zowel psychologische als praktische hindernissen. Mede daardoor voelt men zich als nachtzorg soms niet helemaal serieus genomen. Uit onze gesprekken komt naar voren dat de nachtzorg zeker perspectief ziet op verdere verbetering en meer volledige integratie, waarbij men vooral goede, open communicatie tussen nacht- en dag medewerkers en een goede overdracht noodzakelijk acht.

De instellingen die we hebben gesproken, hebben geen behoefte aan de beschikbaarheid op instelling-overstijgend niveau van eenduidige kwaliteitsindicatoren specifiek voor de (normering van de) inhoudelijke invulling van de nachtzorg. Inhoudelijke kwaliteitsindicatoren zijn gauw te algemeen. Ze doen geen recht aan het feit dat hetgeen de kwaliteit van het leven bepaalt heel persoonlijk is, waardoor veel gevallen op het niveau van de individuele cliënt indicatoren zouden moeten worden gedefinieerd om iets wezenlijks over de geleverde kwaliteit te kunnen zeggen. Die inhoudelijke kwaliteit bestaat er uiteindelijk uit dat de cliënt uitgerust is en de dag weer kan beleven op een goede manier. Dit is niet te vangen in bijvoorbeeld “het aantal uren slaap” of “het aantal aanwezige medewerkers”.

Wel is er duidelijk behoefte aan meer houvast hoe je als instelling kwaliteit in nachtzorg kunt vormgeven en borgen (procesindicatoren en procesbeschrijvingen). Het gaat daarbij met name om ondersteuning en voorbeelden welke stappen instellingen kunnen doorlopen om hun visie op nachtzorg op een verantwoorde manier te vertalen naar een praktische aanpak voor implementatie en beheer.

Verdere randvoorwaarden voor goede kwaliteit van nachtzorg die gedurende het onderzoek aan de orde zijn gesteld, zijn: de beschikbaarheid van deskundig personeel om de zorg/begeleiding op maat te garanderen; beschikbaarheid van de juiste technische middelen als **ondersteuning** van het inhoudelijk/organisatorische zorgproces; en onderkenning en erkenning van de grote verschillen in ondersteuningsbehoefte en levenswensen van cliënt tot cliënt, mede afhankelijk van complexiteit van zorg en omgeving (locatie en ligging). Deze randvoorwaarden leiden in combinatie tot de conclusie dat voor duurzaam borgen van kwaliteit van nachtzorg tenminste noodzakelijk is dat de nachtzorg per situatie wordt afgestemd en vastgelegd in het persoonlijke ondersteuningsplan, met een regelmatige evaluatie op passendheid.

5.4.2 *Omgaan met dilemma's rond kwaliteit, veiligheid, keuzevrijheid*

In de gehandicaptenzorg met verblijf gaat het om situaties waarin mensen zeer langdurig/structureel in een instelling wonen (soms bijna een leven lang). Dat betekent dat, nóg meer dan in de ouderenzorg en de GGZ, de kwaliteit van leven en de zeggenschap over de inrichting van het eigen leven cruciaal zijn. Het huidige kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg zit ook op die lijn. Dat kan betekenen dat in de spanningsdriehoek tussen veiligheid van zorg, kwaliteit van leven van de cliënt en persoonlijke autonomie van de cliënt weleens andere afwegingen worden gemaakt dan in - bijvoorbeeld - de ziekenhuiszorg of de kortdurende GGZ zouden worden gemaakt.

Voor de instellingen die wij hebben gesproken is in dit kader “onaanvaardbaar risico” een belangrijk begrip. Het uitgangspunt is, of zou dat volgens onze gesprekspartners althans moeten zijn, dat inzet van technologie en/of organisatorische nachtzorgmaatregelen anders dan op wens van de cliënt, alleen dan aan de orde moet zijn wanneer anders sprake zou zijn van een onaanvaardbaar risico voor het welzijn van de cliënt. Dit uitgangspunt ligt ook ten grondslag aan het door ons veelgehoorde standpunt dat, indien maar enigszins mogelijk, cliënten de mogelijkheid krijgen zelf zorgbehoefte te melden in plaats van actief te worden uitgeluisterd/geobserveerd.

Het is daarbij zeker niet het geval dat veiligheid bij de instellingen een ondergeschoven kindje is, of dat instellingen geneigd zijn lichtzinnig met veiligheidsrisico's om te gaan. Waar sprake is van cliënten met een aanmerkelijk verhoogd medisch risico, is onze ervaring dat instellingen zeer bewust omgaan met de inzet van monitoring, en gericht investeren in nieuwe technologische oplossingen om medische problemen nauwkeuriger, betrouwbaarder en met minder overlast voor de cliënt te kunnen signaleren. Een goed voorbeeld hiervan zijn de vele op sensortechnologie gebaseerde mogelijkheden om het optreden (soms zelfs het mogelijk toekomstig optreden) van verschillende types epileptisch insult te kunnen monitoren.

De ervaring van de instellingen die wij hebben gesproken, is dat zowel de publieke opinie als bijvoorbeeld toezichthouders te veel zijn gefocust op medische risico's. Onderbelicht blijft dat het merendeel van de cliënten in de gehandicaptenzorg niet als zodanig “ziek” is. Mensen wonen in een instelling omdat zij door een beperking of combinatie van beperkingen veel hulp nodig hebben bij de inrichting van hun dagelijks leven. Echter, het risico op acute medische problemen is bij veel cliënten niet ernstig verhoogd. Ook wordt eraan voorbijgegaan dat het grootste deel van de meldingen die bij de nachtzorg binnenkomen, niet te maken hebben met medische problemen of gedragsregulering, maar betrekking hebben op ADL- of psychosociale ondersteuning. Bij meerdere gelegenheden kwam de opvatting op tafel dat deze focus op medische risico's leidt tot een krampachtige houding bij risicobeheer. Dit leidt weer tot een vergeefse jacht naar 100% veiligheid, die door ondoelmatige stapeling van veiligheidsmaatregelen vooral leidt tot schijnveiligheid ten koste van de levenskwaliteit van cliënten. Uit de gesprekken die wij gevoerd hebben maken wij op dat zowel instellingen als cliëntvertegenwoordigers pleiten voor een reële, op een holistische opvatting over levenskwaliteit gestoelde benadering van risico's. Die benadering moet erop gericht zijn om, bij uitsluiting van onaanvaardbare risico's, eerst en vooral te streven naar maximalisering van de levenskwaliteit en persoonlijke autonomie.

In de gesprekken met instellingen constateren wij een groeiend bewustzijn van de impact van domotica op de privacy en de persoonlijke levenssfeer van de cliënt. We zien dat door dit groeiend bewustzijn oude vanzelfsprekendheden ter discussie komen te staan en nieuwe preferenties voor technologieën ontstaan.

Zo spelen de privacy en kwaliteit van nachtrust van cliënten een rol bij beslissingen om nachtelijke standaardrondes te vervangen door monitoring met technologie gevolgd door persoon-

lijk contact indien geïndiceerd. De standaardrondes maken inbreuk op het persoonlijke leef-domein van de cliënt, hebben een verstoringseffect op de nachtrust en zijn daarom onwenselijk. Het feit dat ze qua veiligheid geen aantoonbare meerwaarde bieden komt daar nog eens bij.

Overwegingen van privacy en decorum spelen ook een rol bij recente ontwikkelingen in de monitoring met akoestische apparatuur (uitluisteren). Was het tot voor kort in veel instellingen gebruikelijk dat cliënten “standaard uitgeluisterd werden”, en wel met apparatuur waarmee alle akoestische signalen werden opgevangen, inmiddels zetten meerdere gesprekspartners kanttekeningen bij de toepassing van akoestische apparatuur. Men is zich er steeds meer van bewust dat het kunnen horen van alles wat een cliënt 's nachts doet een inbreuk op de privacy is, zeker wanneer cliënten een voldoende hoog cognitief niveau hebben om zich van die inbreuk bewust te zijn en zich erdoor beperkt te voelen. Er is hierdoor groeiende belangstelling voor derde-generatieapparatuur die het mogelijk maakt geluiden uit te filteren en, belangrijker nog, in te programmeren onder welke omstandigheden wel of geen signalen aan de nachtzorg worden doorgegeven. Hierdoor wordt in principe alleen signaal doorgegeven indien redelijkerwijs moet worden aangenomen dat er iets aan de hand is. De privacy wordt niet nodeloos gecompromitteerd, en de attentiewaarde voor signalen die wél worden doorgegeven ligt hoger. Instellingen plaatsen wel nog kritische kanttekeningen bij deze “slimme” akoestische apparatuur: er wordt veel gevraagd van het oordeelsvermogen vooraf van zorgverleners bij het inprogrammeren van de apparatuur; bovendien zijn het soms juist gebruikelijke geluidssignalen op een ongebruikelijk moment of de onverwachte afwezigheid van geluidssignalen die op een mogelijk probleem duiden. Men voelt zich er nog onvoldoende zeker van of de momenteel beschikbare oplossingen hiervoor een afdoende oplossing bieden.

Naast belangstelling voor derde-generatie akoestische apparatuur, zien we in ieder geval bij een deel van de aan het onderzoek deelnemende instellingen een verschuiving in preferentie van akoestische monitoring naar op sensortechnologie gebaseerde oplossingen die mede zijn oorzaak vindt in zorgen over privacy gevolgen van monitoring. Sensoren bieden meer mogelijkheden alleen die signalen te monitoren die echt noodzakelijk zijn, en zijn relatief eenvoudig zo te programmeren dat alleen een signaal wordt doorgegeven als aan een vooraf gedefiniëerde conditie is voldaan.

Ook opvallend in dit verband is de terughoudendheid die instellingen tonen bij cameragebruik. Men ziet dit als een zware maatregel die alleen kan worden ingezet als het echt noodzakelijk is en dan bij sterke voorkeur niet in de slaapkamer van de cliënt. Mocht men wel besluiten tot een camera op de eigen kamer van de cliënt, dan omdat er geen andere mogelijkheden meer voorhanden zijn en met een regelmatig terugkerende evaluatie of het nog steeds noodzakelijk is. In deze discussie wordt ook de cliënt (vertegenwoordiger) betrokken en men vraagt zich dan samen af: “Wat willen we eigenlijk zien en wat denken we te missen als we het niet doen?” en “Welk alternatief is er voorhanden”. Dan blijkt meestal een deursensor of uitluistersysteem voldoende. De camera is geen oplossing voor de “stille epilepsieaanval” die door een epimatje wordt gemist, die mist de camera namelijk ook. Ook moet men zich goed realiseren dat er niet iemand continue de geluiden of beelden bekijkt/beluisterd. Dit werkt dus alleen als er een goed filter is die de signalen interpreteert, zoals in de zogenoemde 3e generatie apparatuur. Meerdere gesprekspartners hebben positieve ervaringen met camera's die alleen aangeschakeld worden en beeld doorgeven op geleide van signalen van andere apparatuur. Het cameratoezicht wordt dan alleen kortdurend gebruikt om in situaties waar al aanleiding is tot zorg, letterlijk een beter beeld van de zorg- of ondersteuningsvraag te krijgen.

5.4.3 Doel nacht en nachtzorg

De beknoptheid van deze paragraaf geeft de grote mate van eensgezindheid weer die de deelnemers aan het onderzoek aan de dag legden bij het definiëren van het centrale doel van nachtzorg: lekker slapen! Meer precies een prettige en ongestoorde nachtrust voor elke cliënt.

De andere twee genoemde doelen zijn voorwaardenscheppend voor het centrale doel. Het bieden van veiligheid is door respondenten vaak genoemd. Onderdeel van een prettige en ongestoorde nachtrust is dat een cliënt veilig is en zich veilig voelt. Het kan daarbij gaan om medische veiligheid in geval van de noodzaak voor lichamelijke zorg in de nacht (bijvoorbeeld ADL-ondersteuning of medische specialistische zorg). Maar het begrip veiligheid in deze context betreft zeker ook psychosociale veiligheid en welbevinden (bijvoorbeeld het bieden van geborgenheid, nabijheid of troost).

Een tweede voorwaardenscheppend doel is vooral genoemd door vertegenwoordigers van instellingen die te maken hebben met specifieke doelgroepen zoals cliënten met problematisch en/of moeilijk verstaanbaar gedrag of die te maken hebben met cliënten met een forensische of anderszins onvrijwillige verblijfstitel: het borgen van de veiligheid van de medewerker in de nachtzorg. Ook hiervoor bieden de domotica-systemen goede mogelijkheden.

5.4.4 *Huidige stand en gang van zaken*

Onder deze noemer is een bonte verzameling onderwerpen ter sprake gekomen. Deze paragraaf bevat een thematisch gerangschikte samenvatting.

Praktijkvariatie

Op dit moment is er sprake van een enorme praktijkvariatie. Deels is dit inherent aan een sector met zo'n grote variëteit aan cliënten en verblijfsvormen. Maar daaruit laat zich lang niet alle praktijkvariatie verklaren. Organisaties bepalen grotendeels zelfstandig welke apparatuur zij aanschaffen en installeren, welke medewerkers/functies in de nachtzorg zijn onderscheiden, welke werkwijze zij hanteren en op welke wijze de domotica voor cliënten wordt ingezet.

Huidig domoticagebruik

Zowel sensoren, akoestische bewaking als cameratoezicht worden in de huidige praktijk toegepast.

Uitluisteren is in de meeste instellingen die we gesproken hebben nog steeds de standaard. De verklaring hiervoor ligt deels in gewenning en de daarbij horende vertrouwdheid: akoestische signalering wordt al sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw in veel instellingen toegepast. Naast gewoonte wordt door sommige gesprekspartners als verklaring voor de voorkeur aangevoerd dat de herkenbaarheid en attentiewaarde van akoestische signalen veel beter is dan die van visuele informatie. Ervaren medewerkers kunnen geluiden van grote aantallen cliënten (meerdere honderden) van elkaar onderscheiden. Ook vallen afwijkende signalen veel meer op dan bij visuele informatie. Bij een deel van de instellingen, die bij dit onderzoek betrokken waren is een steeds grotere plaats voor sensoren (beweging, deur open/dicht, epimatjes, etc.). De reden daarvoor is dat dit als minder belastend wordt ervaren vanuit privacy oogpunt, dat er betere "slimme" instelmogelijkheden bij deze sensoren zijn en dat bij mobiele bewaking deze signalen (aan/uit; ja/nee) veel duidelijker zijn dan bijvoorbeeld een akoestisch signaal

Rondom de inzet van cameratoezicht zijn de voornaamste bevindingen: Cameratoezicht is iets dat ouders/verwanten juist vaak graag willen en dan is een gesprek nodig over de noodzaak en meerwaarde (wat denk je te kunnen zien). Cameratoezicht wordt door de instellingen gezien als erg belastend voor privacy bij continue monitoring van de cliënt in zijn/haar kamer en is ook veel minder geschikt voor monitoring van grote groepen cliënten. Wel positief is men over het gebruik van de camera als verificatiemiddel: kijken wat er precies aan de hand is als er uit andere bron een signaal komt. Zowel "handmatig" (zorgverlener vermoedt onraad) als op basis van sensordata (vooraf bepaalde condities/grenswaarden worden overschreden). Vrij

gebruikelijk is cameratoezicht in gangen, gemeenschappelijke ruimtes, bij toegangen en op terreinen.

Toezicht in de nacht gaat vanuit een centraal punt (de centrale) die dan soms ook gedurende de dag bemand is, of alleen in de nacht. Andere locaties werken met mobiele apparatuur voor toezicht. In dat geval is er een moment dat letterlijk “de knop omgaat” van centraal naar mobiel.

De switch naar derde generatie is in volle gang, als voordelen worden genoemd: beter regelbaar, “slim” instelbaar, minder valse meldingen. Medewerkers geven aan dat ze moeten wennen aan die vernieuwingen en soms is er weerstand.

Personele inzet en organisatie

De personele inzet in de nacht is vooral afhankelijk van complexiteit van zorg en omgeving (locatie en ligging). De meest voorkomende combinatie is die van een aantal wakende en een aantal slapende wachten voor opvolging van alarmen en het verlenen van geplande zorg. Intern verzorgd of samen met de leverancier zijn er trainingen voor medewerkers voor het omgaan met de systemen. In sommige gevallen is er een aparte centralisten-functie waarvoor men specifiek is opgeleid, meestal intern, maar er is in Nederland nu ook een aparte opleiding voor (zorg)centralist. Enerzijds is die specialisatie een kracht: de centralist verstaat zijn vak en het is duidelijk afgebakend waar de taak van de centralist eindigt, namelijk bij het doorgeven van de melding aan de opvolging. Anderzijds ziet men het gevaar dat de centralist te ver van de praktijk komt te staan en de cliënt of de situatie ter plekke niet (voldoende) kent.

Overdracht van informatie

Men geeft aan dat goede overdracht van dag naar nacht en van nacht naar dag essentieel is én dat dat (althans volgens de mensen van de nachtzorg die wij gesproken hebben) niet altijd goed gaat. Ook hier geldt weer dat er veel variatie is voor deze overdracht. Sommige instellingen en ook cliëntvertegenwoordigers zweren bij de warme/live overdracht en daarbij via een dossier (al dan niet elektronisch) de speciale aandachtspunten vastleggen. In andere instellingen, met name als er sprake is van een toezicht vanuit een centrale met gespecialiseerde centralisten, is de overdracht volledig via het systeem geregeld en ziet men in het systeem de afspraken en bijzonderheden.

Domotica op maat

Alhoewel de domotica de mogelijkheden wel in zich heeft wordt in de praktijk geconstateerd dat de inzet soms nog onvoldoende geïndividualiseerd is. Per situatie, en ook in de tijd, zou men willen bepalen welke technologie het beste past en op welke punten nog onvolkomenheden/mogelijkheden voor verbetering zijn. Dit moet dan per cliënt vast gelegd worden in zorgplan of persoonlijk ondersteuningsplan. Uit de gesprekken is gebleken dat de invulling van de nachtzorg niet altijd expliciet in het zorgplan wordt benoemd. En ook dat de nachtzorg lang niet altijd bij het opstellen van het zorgplan wordt betrokken. Informatie over welke technologieën beschikbaar zijn en wat de mogelijkheden ervan zijn, is vaak niet op een begrijpelijke, inzichtelijke manier beschikbaar waardoor het zowel voor medewerkers, maar zeker voor cliënt en verwant moeilijk is om goed mee te denken. Een voorloper in de sector biedt inzicht in de mogelijkheden via een catalogus van beschikbare technologieën. Anderen hebben voor medewerkers wel een demo-opstelling gemaakt waar de werking van domotica kan worden gedemonstreerd.

5.4.5 Invloed technologie op kwaliteit nachtzorg

De hoofdconclusie van de discussies die rond dit thema hebben plaatsgevonden is dat technologie een ondersteuningsmiddel is en blijft. Inzet van technologie leidt op onderdelen tot

nauwkeuriger waarneming dan waartoe de mens in staat is. Gerichte inzet van technologie kan daarnaast tijd en ruimte creëren voor medewerkers om zich op hun specifieke deskundigheid te concentreren. Maar het zal altijd een samenspel blijven van technologie en aanwezigheid van de mens.

Naast deze hoofdconclusie zijn bevindingen en meningen opgetekend rond drie sub-thema's.

Effect op de veiligheid

Toepassing van domotica (niet alleen sensoren, maar ook uitluistersystemen en camera's) leidt tot nauwkeuriger en betrouwbaarder waarneming van de situatie en ondersteuningsbehoefte van cliënten dan de "oude" toestand in de instellingen. Actuele technologische ontwikkelingen zijn er op gericht om die nauwkeurigheid en betrouwbaarheid nog verder te verbeteren. Een voorbeeld hiervan zijn de sterk verbeterde mogelijkheden om epilepsie te monitoren.

Effect op de kwaliteit

Kwaliteit is ten behoeve van deze discussie uitgedrukt in termen van het primaire doel van nachtzorg: een ongestoorde nachtrust. Toepassing van ondersteunende technologieën betekent dat preventieve controles achterwege kunnen blijven, dus minder onnodige verstoringen. Een groot voordeel is dat indien wel iets aan de hand is, hierop sneller wordt gereageerd. Er is immers sprake van een specifieke melding, die een specifieke respons uitlokt. Er zijn wisselende ervaringen met het contact met nachtzorg via spreek-/luisterverbindingen. Dat ligt echter niet zozeer aan de technologie, als wel aan de kennis, ervaring en empathische vermogens van medewerkers, met name centralisten.

Effect op de keuzevrijheid en autonomie

Hier zien we een enigszins wisselend beeld. In principe zou het effect positief moeten zijn: cliënten hebben meer opties om uit te kiezen om de zorg en ondersteuning in de nacht op een voor hen passende manier te regelen. Voor cliënten die het aankunnen, biedt de technologie mogelijkheden om meer regie over hun eigen leefomgeving en het invoeren van zorg te voeren: dit geldt zowel voor mensen met een verstandelijke beperking als voor mensen met complexe lichamelijke beperkingen. Anderzijds horen we verhalen over cliënten die gedwongen naar bed of naar hun kamer moeten, omdat "het nachtsysteem aangaat". Ook hier is het niet primair de technologie zelf, maar de organisatorische inbedding die bepaalt of keuzevrijheid en autonomie al dan niet worden bevorderd.

5.4.6 *Zorginhoudelijke, organisatorische en ruimtelijke context waarin technologie wordt toegepast*

De voornaamste conclusie op dit onderzoeksthema is dat "goed functioneren" van de technologie niet in isolement kan worden bekeken, maar altijd medeafhankelijk is van de inbedding van technologie in de dagelijkse organisatie en zorgverlening. Afstemming met de zorgpraktijk, hantering van de juiste protocollen, het stellen en monitoren van relevante, realistische doelen, de juiste inzet van personeel..... Al die factoren beïnvloeden het functioneren van de technologie.

Uit de gesprekken is naar voren gekomen dat juist op het punt van die inbedding veel gesprekspartners noodzaak tot verbetering zien, specifiek waar het gaat om het als evenknie van de zorg overdag beschouwen en behandelen van de nachtzorg. In dat kader legt men de nadruk op het uitgangspunt van een 24-uurs continuüm van zorg, waarbij integratie tussen dag en nacht tot stand wordt gebracht. In de gesprekken zijn verschillende aanpakken naar voren gebracht die daar een bijdrage aan kunnen leveren:

- › werken met wisseldiensten (dagmedewerkers werken ook in de nacht en nachtmedewerkers op de dag),

- › aanstellen van een aanspreekpunt/coördinator nachtzorg,
- › participatie van de nachtzorg in het MDO,
- › warme overdracht tussen dag- en nachtzorg,
- › vanuit de nacht de brug slaan en beter zichtbaar worden.

Met betrekking tot de ruimtelijke context is in verschillende gesprekken naar voren gekomen dat de mogelijkheid om recente technologie toe te passen wordt bepaald en beperkt door de aanwezige ICT-infrastructuur. Is deze bij nieuwbouw of recent gerenoveerde panden meestal op orde, in oudere huisvesting (en dat hoeft nog niet eens heel erg oud te zijn, ICT-infrastructuur verouderd tamelijk snel) levert dat beperkingen op. En de investeringskosten voor modernisering zijn dusdanig fors, dat alleen de wens om de domotica te upgraden daarvoor onvoldoende incentive is.

Nachtmedewerkers en centralisten moeten goed geschoold zijn en op de hoogte zijn van de situatie en kennis hebben van de cliënt. Specifieke (extra) scholing voor nachtmedewerkers en centralisten wordt over het algemeen op instellingsniveau geregeld. Wel is het zo dat recent een specifieke mbo-opleiding tot centralist bij een ROC in Eindhoven van start is gegaan. Er wordt verschillend omgegaan met specialisatie van medewerkers in de nachtzorg. Sommige instellingen kiezen voor specialisatie met aparte centralisten, anderen juist voor rouleren zodat iedereen voeling met de zorgpraktijk houdt. In alle gevallen zijn goede scholing voor de nacht en duidelijke afspraken over taakverdeling vereist. Indien zich noodgevallen voordoen sta je er met een klein groepje mensen voor en is het essentieel dat sprake is van een essentieel team met goed getrainde medewerkers.

Ook met de overdracht tussen dag- en nachtmedewerkers wordt verschillend omgegaan. In ieder geval is duidelijk dát er voldoende contact moet zijn. Bij volledig aparte diensten wordt dat gemist. Alleen bij een kort moment van overdracht elkaar zien is te weinig voor organisatorische afstemming. Anderzijds is wisselende inzet over dag- en nachtdienst voor de medewerkers erg zwaar. Een oplossing die nogal eens wordt gehanteerd is ook dat er op het niveau van direct leidinggevend (coördinatoren) structureel overleg tussen dagzorg en nachtzorg plaatsvindt.

5.4.7 Invloed cliënten, mantelzorg/familie. Hoeveel valt er te kiezen?

Zoals uiteengezet in paragraaf 4.3, is de invloed van cliënten op het instellingsbeleid met betrekking tot de vormgeving, kwaliteit en veiligheid van zorg - waaronder keuzes met betrekking tot de vormgeving van de nachtzorg - formeel geregeld in de WMCZ. Concrete keuzes met betrekking tot de nachtzorg voor individuele cliënten worden blijkens de input die tijdens het onderzoek is verzameld, vrijwel altijd gemaakt in individueel overleg tussen zorginhoudelijk verantwoordelijken van de instelling enerzijds en de cliënt en/of zijn/haar vertegenwoordigers anderzijds.

Uit de focusgroep sessies en interviews die zijn afgenomen, rijst het beeld op van een sector die volop in ontwikkeling is als het gaat om het op basis van individuele behoeften en voorkeuren vormgeven van de nachtzorg. In meerdere gesprekken is, zowel door medewerkers als door cliënten/verwanten opgemerkt dat er meer te kiezen is dan een aantal jaren terug en dat ook de mate en wijze van betrokkenheid van cliënten/vertegenwoordigers als positiever wordt ervaren.

Over de hele linie is het beeld dat individuele afspraken over zorg en ondersteuning worden vastgelegd in persoonlijke ondersteuningsplannen, en dat deze plannen regelmatig worden geëvalueerd. De frequentie wisselt, maar is tenminste eens per zes maanden, en wanneer specifieke ontwikkelingen rond de cliënt dat noodzakelijk maken. Concrete afspraken over

nachtzorg en inzet van technologie worden steeds vaker expliciet in ondersteuningsplannen opgenomen, maar dat is blijkens onze gesprekken nog niet altijd het geval. Zowel instellingen als cliënten en vertegenwoordigers zien dit als een verbeterpunt.

De instellingvertegenwoordigers die wij hebben gesproken zijn zeer eensgezind in hun opvatting dat keuzes in de nachtzorg en technologie voor nachtzorg worden gemaakt op basis van een analyse van individuele behoeften en voorkeuren. Men spreekt in dit verband van maatwerk per cliënt. Veelgehoord is de opvatting dat meer maatwerk geleverd wordt “dan vroeger”. Hiervoor worden zowel technologische redenen (met de komst van nieuwe apparatuur neemt het aantal opties toe) als culturele redenen (medewerkers verruilen het perspectief van de locatie voor dat van de cliënt) aangevoerd.

Tegelijk komt uit het onderzoek naar voren dat instellingen bij het doorspreken en selecteren van nachtzorgkeuzes geneigd zijn het eigen zorginhoudelijk kader voorop te stellen: men bekijkt nachtzorgkeuzes vanuit de vraagstelling wat volgens de instelling vanuit oogpunt van kwaliteit en veiligheid noodzakelijk is. De dieperliggende voorkeuren van cliënten (“Wat wil ik nou eigenlijk echt?”) komen minder goed uit de verf, onder andere omdat cliënten en hun vertegenwoordigers het lastig vinden zich een beeld te vormen van wat de diverse keuzes en opties voor nachtzorg nou precies inhouden.

Mogelijk speelt hier mee dat keuzeopties in nachtzorg beschreven worden in termen van technologie en zorgorganisatie. Die aspecten zijn voor cliënten en vertegenwoordigers moeilijk op waarde te schatten; men is hier geen expert in en interesseert zich er ook minder voor. Beschrijving van keuzeopties in termen van de praktische effecten op het dagelijks leven van de cliënt zou beter aansluiten bij de belevingswereld van cliënten en vertegenwoordigers en kunnen bijdragen aan een effectieve dialoog: het wordt dan makkelijker voor cliënten en vertegenwoordigers om goed tegenspel te bieden in overleggen. Daarmee wordt een verdere transitie mogelijk van ‘maatwerk per cliënt’ naar ‘maatwerk met de cliënt’.

Uit de hierboven beschreven knel- en verbeterpunten moet niet worden afgeleid dat instellingen keuzes in nachtzorg aan cliënten opdringen, Dit beeld komt uit onze gesprekken niet naar voren. Over de vormgeving van de nachtzorg vindt veelal zorgvuldig en niet zelden langdurig overleg plaats, met als uitgangspunt in gesprek te blijven tot men eruit is. Waar zich een blijvend verschil van inzicht voordoet, is uiteindelijk de keuze van de cliënt leidend. In de gesprekken zijn meerdere voorbeelden genoemd van continue cameratoezicht dat op aandringen van ouders is toegepast. Deze uiteindelijke zeggenschap van de cliënt/vertegenwoordiger kent echter wel enkele belangrijke begrenzingen.

- › Uiteindelijk maatgevend voor instellingen is dat men in staat moet zijn de kwaliteit en veiligheid van zorg voor de cliënt te waarborgen. Waar een cliënt keuzes maakt die dit onmogelijk maken, kan de instelling tot de conclusie komen dat men deze cliënt niet in zorg kan nemen. Dit komt overigens zelden voor.
- › Zoals al eerder besproken, worden de toepassingsmogelijkheden van technologie (en overigens ook van menselijke inzet) beperkt door de fysieke en ICT-infrastructuur op de woonlocatie. Hierdoor kan het voorkomen dat een bepaalde combinatie van woonvoordeel en zorgvoorkeuren niet kan worden gehonoreerd. Een wel technisch toegeruste woonlocatie is niet altijd beschikbaar, in elk geval niet zonder wachttijd.
- › De instellingen zijn heel duidelijk in hun stellingname dat de keuzevrijheid van een cliënt ophoudt daar waar zijn of haar keuzes een nadelig effect hebben op de veiligheid en levenskwaliteit van andere cliënten. Dit onderwerp kwam aan de orde in meerdere gesprekken met instellingen waar cliënten wonen met problematische en/of moeilijk verstaanbaar gedrag.

Keuzevrijheid in nachtzorg is een extra lastig onderwerp bij cliënten die op niet-vrijwillige titel in een instelling verblijven en/of waarbij sprake is van problematisch en/of moeilijk verstaanbaar gedrag. De keuze ligt hier (in ieder geval primair) bij de instelling, de inspraak die aan cliënten kan worden geboden is noodzakelijkerwijs beperkt. Wel wordt gemeld dat de vormgeving van nachtzorg en nachttoezicht wordt meegenomen bij de vaststelling en bespreking van behandeldoelen: hoe meer een cliënt laat zien (ook) in de nacht met meer regie over het eigen leven te kunnen omgaan, hoe meer vrijheid hem of haar geboden kan worden. De instellingen lijken zich ervan bewust dat - vanwege de beperkte zeggenschap van cliënten - op hen een extra zware verantwoordelijkheid rust om bij de inrichting van de nachtzorg goed en inzichtelijk rekening te houden met de behoefte aan privacy en de respectering van de persoonlijke levenssfeer van cliënten.

Uit onze gesprekken kwam naar voren dat er wederzijds (nog) sprake is van relatieve onbekendheid met elkaars belevingswereld. Hieruit kunnen misverstanden en interpretatieverschillen ontstaan die effectieve communicatie bemoeilijken. Vertegenwoordigers van cliënten vinden dat instellingen niet altijd begrijpen hoe emotioneel betrokken zij zijn bij het welzijn van de cliënt. Instellingen gaan professioneel om met zowel het aanbieden en doorspreken van keuzes in nachtzorg als met het opvolgen van meldingen en hulpvragen in de nacht. Maar zij zien daarbij het relationele aspect weleens over het hoofd. Meerdere verwanten hebben de behoefte kenbaar gemaakt om, meer dan nu gebeurt, structureel door de instelling op de hoogte te worden gebracht van hoe het in de nacht gaat en van eventuele bijzonderheden die zich hebben voorgedaan. De bron van informatie hiervoor is nu meestal de cliënt zelf, en die informatie is niet altijd goed interpreteerbaar. Ook in noodgevallen missen verwanten terugkoppeling door de instelling op het moment zelf. Op zich vindt men het begrijpelijk dat die terugkoppeling ontbreekt; de instelling is op dat moment druk bezig met het reageren op een noodgeval. Maar voor verwanten is het een onprettig idee dat met een geliefd persoon iets aan de hand kan zijn zonder dat men daarvan op de hoogte is.

Wederzijds begrip is dus essentieel. In het veld zijn positieve ervaringen opgedaan met initiatieven om de praktische gang van zaken bij nachtzorg beter inzichtelijk te maken. Meerdere door ons gesproken instellingen hebben “open avonden” of “open nachten” georganiseerd. Zowel de instellingen als verwanten/vertegenwoordigers waren enthousiast. De nachtzorg werd zichtbaarder en tastbaarder; verwanten die wij hierover gesproken hebben meldden een beter beeld te hebben gekregen van wat de nachtzorg inhoudt, en dat dit ertoe heeft geleid dat zij meer vertrouwen in en een positiever beeld van de nachtzorg hebben gekregen.

5.4.8 Welke maatregelen treffen instellingen voor juiste en veilige toepassing van technologie?

De input die we tijdens het onderzoek hebben verzameld wordt hier besproken aan de hand van een aantal subthema's.

Bedrijfszekerheid

De bedrijfszekerheid van technologie voor nachtzorg wordt over de volle breedte gezien als een belangrijke randvoorwaarde. In alle gesprekken waarin dit expliciet aan de orde is gesteld, bleek beheer en onderhoud van technologie voor nachtzorg een regulier onderdeel van de onderhoud- en beheerscyclus van de ICT of facilitaire afdeling. Telefoon en internetverbindingen worden veelal redundant uitgevoerd, in de vorm van spiegelcontracten met meerdere providers.

Bedrijfszekerheid is ook een belangrijke reden dat technologie voor nachtzorg meestal nog gekoppeld is aan vaste telefoonlijnen en vaste ICT-infrastructuur. Mobiele en draadloze platforms worden in toenemende mate gebruikt (bijvoorbeeld voor alarmering van personeel via

de mobiele telefoon), maar als ondersteuning en toevoeging. Voor platforms die geheel zijn gebaseerd op Wifi en mobiele netwerken vindt men de gegevensverbinding nog niet stabiel genoeg. Hierbij speelt mogelijk ook een rol dat veel instellingslocaties uitgestrekt zijn en gelegen zijn in landelijke gebieden waar goede dekking door providernetwerken niet vanzelfsprekend is.

Noodstroomvoorzieningen worden niet overal toegepast. Op basis van de informatie verzameld in dit onderzoek is het lastig een representatief beeld te krijgen, maar de indruk bestaat dat deze voorzieningen selectief worden aangebracht daar waar sprake is van een volgens de instelling onaanvaardbaar risico bij uitval. Primair moet daarbij worden gedacht aan woonvoorzieningen voor cliënten met complexe medische problematiek.

Door meerdere gesprekspartners werd de zienswijze naar voren gebracht dat bedrijfszekerheid van nachtzorgtechnologie een voorwaarde is voor acceptatie door medewerkers en cliënten/vertegenwoordigers. Storingen, zeker onbegrepen of herhaalde storingen, zijn funest voor het vertrouwen.

Een aspect van bedrijfszekerheid dat veel instellingen aanleiding geeft tot zorg, is dataprivacy en dataveiligheid. Gezien de recente en op handen zijnde wetswijzigingen voorzien veel instellingen dat aanpassingen moeten worden gedaan aan het datamanagement bij nachtzorg.

Noodmaatregelen

Alle instellingen die we gesproken hebben, beschikken over een vorm van protocol voor het geval zich storingen of uitval van technologie voordoen. De daarin beschreven maatregelen kunnen betrekking hebben op de inschakeling van noodstroomvoorzieningen of back-up systemen waar deze aanwezig zijn. In alle ons bekende gevallen voorzien noodprotocollen in het terugvallen op nachtzorg via personele inzet. Daartoe worden maatregelen beschreven voor het alarmeren en bijschakelen van extra menskracht.

Noodmaatregelen en -protocollen worden meestal vastgesteld op het niveau van locaties of locatieclusters. Opvallend in de onderzoeksuitkomsten is dat instellingen weinig of geen kennis of ervaringen lijken te delen op dit gebied. Het beeld is dat elke instelling de eigen noodprotocollen ontwikkelt.

Functionele en technische eisen

Uit het onderzoek komt een zeer wisselend beeld naar voren hoe instellingen het proces van vaststelling van functionele en technische eisen aan apparatuur inrichten. Een duidelijk beschreven proces is niet altijd aanwezig. Waar men dit wel heeft, verschilt de invulling. Soms worden gebruikswensen opgehaald bij de beoogde eindgebruikers, andere organisaties tuingen projectgroepen op waarin verschillende bloedgroepen vertegenwoordigd zijn en die zich bezighouden met aanschaf en innovatie. De ICT-organisatie heeft meestal het voortouw en is ervoor verantwoordelijk de functionele eisen te vertalen naar oplossingspecificaties die als basis kunnen dienen voor de dialoog met leveranciers.

De ervaring van instellingen is dat leveranciers lang niet in alle gevallen in staat zijn de gevraagde functionaliteit te leveren. Knelpunten die genoemd worden zijn onder andere: te veel standaardproducten, te weinig maatwerk; onbekendheid van leveranciers met de toepassingscontext van apparatuur en/of oplossingen die primair bedoeld zijn voor toepassing in andere sectoren; een door instellingen ervaren gebrek aan flexibiliteit en creativiteit; geen aansluiting tussen systemen van verschillende fabrikanten of soms zelfs tussen systemen van dezelfde fabrikant.

Het is binnen de beperkingen van dit onderzoek lastig hoogte te krijgen van de achterliggende redenen voor deze knelpunten. In ieder geval is waarschijnlijk dat het voor leveranciers, gezien de specificiteit en complexiteit van de gevraagde oplossingen in combinatie met de beperkte omvang van de afzetmarkt, lastig is om innovatieve maatwerkoplossingen binnen een renda-

bel businessmodel aan te bieden. De financiële spankracht van instellingen bij de aanschaf van nieuwe domotica is immers ook beperkt.

Hoe dan ook zijn instellingen zeker niet alleen maar kritisch over hun leveranciers. Veel instellingen hebben een langjarige relatie met een of meerdere vaste leveranciers. Deels om praktische redenen (overstappen naar een andere leverancier kan veel meerkosten met zich meebrengen in verband met vervanging van systemen), maar ook omdat instellingen in de loop der tijd een zekere vertrouwensband met hun leverancier hebben opgebouwd.

Meerdere gesprekspartners melden enthousiast te zijn over de nieuwe technische mogelijkheden die beschikbaar komen. Ook stellen gesprekspartners dat in veel gevallen de geïnstalleerde apparatuur tot veel meer in staat is dan waarvoor ze wordt gebruikt. Dat de mogelijkheden van technologie niet volledig worden gebruikt schrijft men toe aan onbekendheid bij gebruikers en ICT-afdelingen van instellingen en een defensieve, risico gedreven benadering bij de toepassing van nieuwe technische mogelijkheden.

Meerdere instellingen die wij hebben gesproken maken deel uit van een “gebruikersplatform”. Hierin delen instellingen met een gemeenschappelijke leverancier kennis, ervaringen en expertise. De ervaringen met deze gebruikersplatforms zijn positief: delen van kennis voorziet in een behoefte en instellingen zijn in staat effectiever op te treden in overleg en onderhandeling met leveranciers. Het is goed voorstelbaar dat gebruikersplatforms voor leveranciers een goede methode (kunnen) zijn om samen met het veld te werken aan rendabele innovaties.

Randvoorwaarden voor veilig en juist gebruik

Het is opvallend te constateren dat de randvoorwaarden voor veilig en juist gebruik die onze gesprekspartners hebben aangedragen voor het merendeel niet te maken hebben met de techniek zelf, maar met de context waarbinnen en de motieven waarmee die techniek wordt ingezet.

- › Als belangrijkste randvoorwaarde wordt genoemd dat nacht zorgtechnologie alleen goed kan worden ingezet als er sprake is van een vertrouwensbasis bij zowel zorgverleners als cliënten/vertegenwoordigers. Zonder dat vertrouwen is elke vorm van zorgverlening kansloos.
- › Daarnaast zijn gesprekspartners eensgezind dat veilig en juist gebruik van technologie valt of staat bij het goed inrichten van de organisatie eromheen.
- › Techniek mag daarbij geen vervanger worden van menselijk contact, maar moet dat contact ondersteunen en hoogwaardiger maken.
- › Het is dan ook contraproductief om de inzet van technologie te zien als bezuinigingsmaatregel. Niet alleen wijzen de ervaringen in de sector er niet op dat van realiseerbare besparingen daadwerkelijk sprake is, ook zien onze gesprekspartners financiële drijfveren als onjuiste motivatie voor technologie-toepassing.
- › Techniek moet niet worden gebruikt, en ook niet geframed, als controlemiddel. Techniek is er niet om medewerkers op fouten te betrappen, wel om als organisatie te leren en fouten in de toekomst te voorkomen. Een cultuur van “veilig melden van incidenten” is noodzakelijk.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Een betrokken en gedreven sector

Wij hebben voor het onderzoek circa 100 direct betrokkenen mogen spreken. Zonder uitzondering hebben we hen leren kennen als gedreven en kwaliteitsbewust. Dit geldt voor de medewerkers in de nachtzorg, het middenmanagement verantwoordelijk voor de aansturing, de technische mensen in de instellingen, én de cliënten en cliëntvertegenwoordigers die wij hebben gesproken. Het belang van goede nachtzorg voor het welzijn van cliënten wordt unaniem onderschreven, en er is grote eenstemmigheid over het centrale doel van nachtzorg. Ons onderzoek wijst daarmee op de aanwezigheid in de sector van een gezonde basis om goede nachtzorg duurzaam te borgen. Een opmerking die hierbij geplaatst moet worden, is dat vanwege de kwalitatieve insteek van het onderzoek geen analyse heeft kunnen plaatsvinden hoe groot de spreiding in het veld is en of er bijvoorbeeld achterblijvers zijn waar wel degelijk dingen mis zijn.

Voor zover kwaliteit kan worden afgemeten aan geregistreerde incidenten en gemelde calamiteiten is er niet direct reden tot zorg over de kwaliteit van nachtzorg. Er hebben zich de afgelopen jaren slechts een paar bij de Inspectie gemelde calamiteiten voorgedaan. Ook het aantal (bijna-)incidenten die instellingen ons hebben doorgegeven is laag te noemen afgezet tegen het totale aantal cliënten dat van een vorm van nachtzorg gebruik maakt.

Daarbij mag nooit worden vergeten dat elke calamiteit een enorme impact heeft op de getroffen cliënt, zijn of haar familie en vrienden, mede-clieënten, direct betrokken medewerkers en de instelling als geheel. Dat er weinig calamiteiten voorkomen mag dan ook geen reden zijn om als sector achterover te leunen.

Van achterover leunen lijkt op basis van ons onderzoek geen sprake te zijn. Bij alle betrokkenen is er veel animo om mee te denken, en een grote bereidheid en behoefte om van elkaar en van anderen te leren. Veel gesprekspartners vinden het nog wel lastig om die behoefte waar te maken.

Nachtzorg in de gehandicaptenzorg komt uit ons onderzoek naar voren als een domein dat volop in ontwikkeling is, een ontwikkeling die grosso modo de goede kant opgaat. Ondersteunende techniek is onmisbaar, en verhoogt de kwaliteit van zorg, mits met verstand en ter ondersteuning ingezet.

Tegelijk concluderen we dat nachtzorg buiten de kringen van direct betrokkenen nog (te?) weinig aandacht krijgt. Dit geldt binnen de instellingen (bij bestuurders en bij verantwoordelijken voor de zorgverlening tijdens de dag en verwanten), én daarbuiten, bij toezichthouders, beleidsmakers en het grote publiek. De groei naar volwassenheid die is ingezet moet wel doorzetten. Het is daarvoor van belang dat de nachtzorg voldoende zichtbaar is, zodat bijvoorbeeld voldoende prioriteit gegeven wordt aan de benodigde investeringen voor deze ontwikkeling en zodat strategische beslissingen worden genomen op basis van een juist beeld van de nachtzorg en van wat wel en niet kan bijdragen aan verdere verhoging van de kwaliteit. Het initiatief om te werken aan deze zichtbaarheid ligt primair bij de nachtzorg zelf.

Aanbevelingen

- Benut en stimuleer de gedrevenheid en leergierigheid van direct betrokkenen. Creëer laagdrempelige mogelijkheden om kennis en ervaringen met elkaar te delen
- Blijf bewust van en alert op mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering en mogelijke bedreigingen van de kwaliteit.
- Neem initiatief om de zichtbaarheid van en het begrip voor de nachtzorg te verbeteren. Communiceer open en zelfbewust met de buitenwereld

- Doe gericht vervolgonderzoek om de spreiding in kwaliteit en gedrevenheid in de sector in beeld te brengen. Creëer zo nodig laagdrempelige mogelijkheden voor eventuele achterblijvers om zich aan de ervaring en expertise van andere instellingen op te trekken.

6.2 Grote mate van praktijkvariatie

We zien een grote mate van praktijkvariatie, die zich voordoet op alle terreinen: toegepaste technologieën, organisatiemodellen, takenpakketten van medewerkers, opleiding en training van medewerkers, processen voor consultatie van cliënten en cliëntvertegenwoordigers enzovoort. Variatie in aanpak is logisch voor een sector met zo'n variëteit aan cliënten en woonvormen. Maar toch: voor zover op basis van kwalitatief onderzoek is na te gaan, is deze praktijkvariatie lang niet volledig terug te voeren op verschillen in cliëntprofielen en behoeften. Instellingen waarmee gesproken is, hebben elk hun eigen oplossingen en voorkeuren en opereren tamelijk autonoom. Beslissingen over inrichting van nachtzorg worden op instellingsniveau of zelfs op locatieniveau genomen. Ad hoc en op initiatief van de werkvloer vindt kennisdeling in de sector plaats, maar dit is zeker niet structureel.

Een grote mate van praktijkvariatie is kenmerkend voor een sector die zich op dit onderwerp **als sector** in een vroeg stadium van *organisational maturity* bevindt. Dit strookt met onze bevinding dat nachtzorg in de gehandicaptenzorg op dit moment volop in ontwikkeling is. Die ontwikkeling past in een proces van volwassenwording, dat voor wat betreft de nachtzorg is ingezet, de goede kant opgaat, maar nog zeker niet is afgerond. In de gesprekken is grote eenstemmigheid over het doel van de nachtzorg. Op dit moment is echter (nog) geen sprake van een op sectorniveau gedeelde en gedragen aanpak om die visie te vertalen naar de zorgpraktijk. Ook initiatieven tot gezamenlijke kennisopbouw en/of structurele mechanismen voor delen van kennis en *good practices* zijn nog schaars. Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat instellingen wel behoefte hebben aan dergelijk praktisch houvast. Het is begrijpelijk dat er tijd voor nodig is om dit soort mechanismen te laten ontstaan. De sector en de mensen die erin werken moeten eraan toe zijn. Het is echter wel zaak er alert op te zijn dat het sectorale proces van volwassenwording doorgang vindt. Stagnatie van dit proces leidt er niet alleen toe dat verdere kwaliteitsverbetering niet meer mogelijk is; op den duur kan ook het huidige kwaliteitsniveau onder druk komen te staan, doordat niet geborgde, niet goed vastgelegde kennis verloren gaat.

Onze conclusie sluit niet uit dat individuele instellingen op een of meerdere onderdelen een hoog maturiteitsniveau bereiken of al hebben bereikt; we hebben tijdens ons onderzoek kunnen constateren dat dit wel degelijk het geval is. Op onderdelen is hoogwaardige, in sommige gevallen toonaangevende of unieke kennis bij koplopers (organisaties en individuen) aanwezig. Een voortrekkersrol van de partijen die op onderdelen verder zijn, is een goed voorstelbaar ontwikkelmodel, waarbij deze koplopers de sectorale ontwikkeling stimuleren en helpen vormgeven.

Aanbevelingen

- Stimuleer en faciliteer de groei naar volwassenheid van de sector.
- Identificeer de *koplopers* die bij die groei kunnen helpen en betrek ze bij het proces
- Ontwikkel op sectorniveau een heldere, procesmatige aanpak voor operationalisatie en praktische implementatie van de gedeelde visie op nachtzorg, en draag deze aanpak breed uit.

6.3 Van zorg per cliënt naar zorg met de cliënt

Maatwerk per cliënt is het doel waarnaar alle gesprekspartners streven. Er bestaan van instelling tot instelling wel grote verschillen hoe dit wordt ingevuld, zowel qua proces als qua communicatiestijl. Mede daardoor is maatwerk per cliënt nog lang niet altijd maatwerk **met** de cliënt. Ook hier lijkt sprake te zijn van een overgangsfase. In meerdere gesprekken is de onderzoekers door cliëntvertegenwoordigers gemeld dat men meer openheid ervaart en beter bij beslissingen over de (nacht)zorg wordt betrokken dan in het verleden. Tegelijk constateert men dat het nog geen vast onderdeel van de werkcultuur is om bij het verlenen van nachtzorg de belevingswereld, emotionele lading voor en informatiebehoefte van verwanten als uitgangspunt mee te nemen. Wil de verdere transitie naar maatwerk met de cliënt succesvol plaatsvinden, dan zijn, naast open communicatie en wederzijds begrip, twee factoren van groot belang. Ten eerste het structureel en expliciet vastleggen van specifieke afspraken over de invulling van de nachtzorg in het persoonlijk ondersteuningsplan van elke cliënt, waarbij de cliënt/vertegenwoordiger en de nachtzorg beide direct betrokken zijn bij het maken van de afspraken. En ten tweede het beschrijven van opties en technologieën in termen van uitkomsten in plaats van in technologische en/of zorgorganisatorische termen.

- › De individuele cliënt kan gezien worden als kwaliteitsindicator.
- › Cliënt en diens vertegenwoordiger hebben de regie.
- › Als communicatie open is, dan bereik je een voor iedereen veilige oplossing.
- › Je moet rekening houden met emoties en gevoelens (met name bij ouders).

Aanbevelingen

- Behoud en verspreid recente initiatieven voor open communicatie, zoals “open avonden/nachten” en rondleidingen/info-sessies voor verwanten/vertegenwoordigers van (nieuwe) cliënten.
- Ontwikkel praktische tips en hulpmiddelen voor het betrekken van cliënten/vertegenwoordigers bij de vormgeving van de nachtzorg.
- Stimuleer het structureel en expliciet vastleggen van nachtzorgafspraken in het persoonlijk ondersteuningsplan.
- Ontwikkel hulpmiddelen/praktische richtsnoeren en voorbeelden voor het in termen van uitkomsten en in voor cliënten/vertegenwoordigers begrijpelijke termen beschrijven van opties voor nachtzorg.

6.4 Dilemma's bij inzet van toezichthoudende domotica

Een goede inhoudelijke discussie over kwaliteit, veiligheid, privacy en de afwegingen daartussen wordt bemoeilijkt door eenzijdige, op onvolledige informatie gebaseerde beeldvorming bij stakeholders die niet direct bij de uitvoering van de nachtzorg betrokken zijn. De focus van buiten is te eenzijdig gericht op nachtzorg aan cliënten met een hoog medisch risico, en doet onvoldoende recht zowel aan het bijzondere karakter van de gehandicaptenzorg (zeer langdurig verblijf) als aan de aard van het grootste deel van de meldingen die bij de nachtzorg binnenkomen (ADL-zorg en psychosociale zorg).

Deze focus van buitenaf staat op gespannen voet met de opinie van direct betrokken medewerkers, die zich zeer bewust zijn van de noodzaak om onaanvaardbare risico's uit te sluiten, maar binnen die beperking prioriteit willen geven aan de levenskwaliteit en autonomie van de cliënt.

Waar opvattingen over de in te zetten nachtzorgmiddelen en het te borgen niveau van veiligheid verschillen tussen instellingen en cliënten/vertegenwoordigers, is de ervaring dat in laat-

ste instantie de wens van de cliënt/vertegenwoordiger leidend is. Wel kunnen zich beperkingen voordoen, indien de instelling de kwaliteit en veiligheid van zorg niet denkt te kunnen garanderen, de combinatie van woonvoorkeur en zorgvoorkeur niet mogelijk is, of de door de cliënt/vertegenwoordiger gewenste keuze de veiligheid en keuzevrijheid van anderen in gevaar brengt.

Groeiende aandacht voor de privacy en persoonlijke levenssfeer van cliënten vertaalt zich in verschuivingen in de technologievoorkeuren van instellingen. Opvallend zijn een verschuiving richting derde-generatie uitluisterapparatuur, een afnemend aantal cliënten dat actief wordt uitgeluisterd, bij sommige instellingen een afbouw van akoestische apparatuur ten gunste van oplossingen op basis van sensortechnologie, en een groeiende terughoudendheid bij de inzet van camera's op de kamers van cliënten.

Aanbevelingen

- Werk aan juiste en volledige beeldvorming. Investeer tijd en energie om het unieke karakter van de sector en de effecten op deze dilemma's voor het voetlicht te brengen en invoelbaar te maken.
- Goed overwogen gezamenlijke besluitvorming tussen instellingen en cliënten/vertegenwoordigers staat of valt bij open, effectieve communicatie. Ondersteun deze processen door het opstellen van richtsnoeren, checklist, praktische voorbeelden et cetera.
- Ondersteun besluitvorming door het ontsluiten van *best practices* en casestudies.

6.5 Samenwerken

6.5.1 Samenwerken binnen de 24-uurszorg

Nachtzorg is op weg een integraal onderdeel van 24-uurszorg te worden, maar heeft dat reisdoel nog niet bereikt. Afspraken over de nachtzorg worden steeds vaker expliciet benoemd in persoonlijke ondersteuningsplannen en meegenomen in periodieke evaluaties van de behoefte aan ondersteuning en zorg, maar dit is nog geen *standard practice*. Bij het maken van afspraken over nachtzorg zijn steeds vaker de nachtzorgmedewerkers zelf betrokken, maar ook dat is nog geen *standard practice*. In alle gesprekken waar dit aan de orde is geweest, hebben onze respondenten gerapporteerd over een dubbele overdracht tussen dagzorg en nachtzorg: standaard gegevensoverdracht langs elektronische weg (vaak via ECD) en "warme" overdracht bijzonderheden. Op papier goed geregeld dus, en het wordt nog uitgevoerd ook. De kwaliteit van informatieoverdracht laat vanuit het perspectief van de nachtzorgmedewerkers echter weleens te wensen over. De attentiewaarde ligt bij "de dag" vaak niet heel hoog. Ook komt het voor dat bij nieuwe cliënten geen informatie voor de nachtzorg beschikbaar is: relevante informatie uit de intake komt dan niet door.

6.5.2 Samenwerken met andere instellingen

Instellingen kunnen onderling van elkaar leren door informatie met elkaar uit te wisselen. In de gesprekken kwam naar voren dat hier behoefte aan is. Daarnaast, en enkele instellingen doen dit al, zijn er ook mogelijkheden om in de regio met elkaar samen te werken. Bijvoorbeeld door als kleine instelling gebruik te maken van de centrale van de grote buurman.

6.5.3 Samenwerken met leveranciers

Er zijn verbeteringen mogelijk in de interactie tussen instellingen en toeleveranciers. Articulatie van klantvragen in termen die door leveranciers in hun productontwikkeling kunnen worden meegenomen wordt vaak als lastig ervaren. Op hun beurt zouden leveranciers er voordeel van kunnen ervaren zich nadrukkelijker te verdiepen in de toepassingscontext van de door

hen geleverde producten en diensten. Op basis van de gevoerde gesprekken bestaat de indruk dat leveranciers het problematisch vinden een rendabele business case te ontwikkelen voor innovatieve oplossingen. Schaalvergroting door bijvoorbeeld inkoopcombinaties of sectorale ontwikkelplatforms zou kunnen helpen. Ervaringen die reeds zijn opgedaan met gebruikersplatforms van specifieke leveranciers zijn positief, en er is blijkens de uitkomsten van het onderzoek grote behoefte aan uitbreiding van dit soort initiatieven.

Aanbevelingen

- Doe gericht vervolgonderzoek naar manieren van aanpak en *best practices* voor samenwerking, communicatie en gegevensuitwisseling tussen dag- en nachtzorg, en gebruik de uitkomsten om VGN-leden te helpen zich op dit punt verder te ontwikkelen
- Stimuleer en faciliteer een platform voor kennisdeling en uitwisseling van ervaringen. Betrek mensen van de werkvloer nachtzorg en cliëntvertegenwoordigers bij de organisatorische vormgeving en inhoudelijke prioriteitstelling.
- Stimuleer, en faciliteer zo mogelijk, gezamenlijke overleg- en onderhandelvormen van de sector met leveranciers van domotica. Maak hierbij gebruik van de ervaringen die zijn opgedaan in reeds functionerende gebruikersplatforms.

6.6 Innovatie in het veld en kwaliteitsontwikkeling van domotica

Het lijkt erop dat de gehandicaptenzorg zich met betrekking tot de bij nachtzorg toegepaste technologieën in een overgangsfase bevindt. Veel gesprekspartners zijn bijvoorbeeld van plan of bezig om over te stappen naar de nieuwste generatie akoestische technologieën. Maar we zien ook een verschuiving ontstaan ten gunste van op sensoren gebaseerde oplossingen, waarbij het voorkomen van privacy knelpunten die spelen bij akoestische systemen, een belangrijke drijfveer zijn. Het hoge percentage instellingen dat in de survey heeft aangegeven binnen twee jaar te gaan investeren in domotica voor nachtzorg, duidt hier eveneens op.

Kwaliteit in de nachtzorg is momenteel iets dat vooral op instellingsniveau wordt bepaald. Men ervaart het overwegend als een gemis dat er geen meer algemeen gangbare kwaliteitscriteria beschikbaar zijn. Die moeten dan wel eerst en vooral praktisch hanteerbaar zijn, en recht doen aan de grote variatie in cliëntprofielen en -behoeften. Men ziet weinig tot geen heil in dwingende inhoudelijke voorschriften, bezettingsnormen etc., wel ziet men de meerwaarde van ondersteunend materiaal hoe instellingen een werkbare visie op nachtzorg kunnen ontwikkelen en operationaliseren, en welke stappen men kan zetten om de kwaliteit en veiligheid van nachtzorg in control te krijgen en te houden.

Aanbevelingen

- Stimuleer de zichtbaarheid in het veld en daarbuiten van “koplopers” op onderdelen van nachtzorg en nachtzorgtechnologie. Stimuleer en faciliteer disseminatie van de kennis van koplopers naar geïnteresseerde andere instellingen in het veld. Op deze wijze kan worden bijgedragen aan het ontstaan van een “culture of excellence” met betrekking tot de nachtzorg.
- Stimuleer en ondersteun initiatieven tot verdere professionalisering van de nachtzorg.
- Stimuleer en faciliteer de ontwikkeling van procesrichtlijnen voor het operationaliseren van de visie op nachtzorg en het in control brengen van de veiligheid en kwaliteit van nachtzorg. Geef de ontwikkeling van deze hulpmiddelen een duidelijke plaats binnen de agenda voor verdere operationalisering van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022.

Literatuur

Cup, I. (2017). Uitluisterapparatuur in nachtzorg juist goed: "Slaapwacht hoort ziet niet alles als hij slaapt. *BN De Stem*, 8 september. www.bndestem.nl/brabant/uitluisterapparatuur-in-nachtzorg-juist-goed-slaapwacht-hoort-ziet-niet-alles-als-hij-slaapt~a4276ea9/

Handreiking kwaliteitsrapport en externe visitatie. In het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022. Uitgave Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg en VGN, Utrecht, mei 2017

Het nieuwe werken in de (nacht)zorg: de praktische implementatie van slimme technologie. Whitepaper ASCOM, Zorg&ICT, Utrecht, 2017

Hilbers-Modderman, E.S.M., & De Bruijn, A.C.P. (2013). *Domotica in de langdurige zorg - Inventarisatie van technieken en risico's. Handreiking voor risicobeheersing door zorgaanbieders*. Bilthoven: RIVM. RIVM Rapport 080117001/2013.

Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022, Landelijk kader binnen de WLZ. Uitgave Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg en VGN, Utrecht, mei 2017.

Nap, H.H., Van der Weegen, S., Cornelisse, L., Lukkien, D., & Van der Leeuw, J. (2015). *Whitepaper: Zorgdomotica in de nachtzorg. Onderzoek naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van de nieuwe generatie zorgdomotica*. Utrecht: Vilans.

Niemeijer, A., Depla, M., Frederiks, B., & Hertogh, C. (2012). *Toezichthoudende domotica. Een handreiking voor zorginstellingen*. Amsterdam: VUmc.

Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk. Toets op risico's in de 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke beperking 2006-2007. Inspectie Gezondheidszorg IGZ, Den Haag, november 2007

Vink, J.M. (2018). *Beren op de weg bij invoering van Zorgdomotica*. Whitepaper ASCOM. Utrecht: Zorg&ICT.

Vink, J.M. (2018). *Een optimaal inzicht in zorgvraag en leefritme op momenten dat de deur dicht blijft*. Whitepaper ASCOM. Utrecht: Zorg&ICT.

Informatie van internetsites van diverse leveranciers

Avics maakt zorg slimmer. Bedrijfsprofiel 2016. Zorg&ICT, Utrecht, 2018

www.hertek.nl/oplossingen/zorgdomotica

www.curatec.nl/zorgsystemen

<http://www.mextal.nl/over-mextal.php> (domoticaoplossingen geïntegreerd in VieDome)

clbintegratedsolutions.nl/domoticasysteem/

Bijlage 1 Deelnemende organisaties

Aan de interviews, focusgroep sessies en locatiebezoeken is bijgedragen door de volgende organisaties:

Deelnemers Focusgroepen

Alliade	management, zorg/begeleiding
Amarant	management
Amerpoort	management
Cello	management
De Seizoenen	zorg/begeleiding
Dichterbij	management
Gemiva-SVG	management
Hartekampgroep	management
Het Raamwerk	management
's Heeren Loo	management
Iipse de Bruggen	zorg/begeleiding
KansPlus	medewerker
Kempenhaeghe	management, cliëntvertegenwoordiging
Kentalis	ICT, Zorg
Leekerweide	zorg/begeleiding
Middin	zorg/begeleiding
Oro	ICT, management
Philadelphia	management
Prisma	zorg/begeleiding, cliëntvertegenwoordiging
Raphaelstichting	management
Reinaerde	zorg/begeleiding, ICT
SEIN	zorg/begeleiding, cliëntvertegenwoordiging
Sherpa	management, cliëntvertegenwoordiging
Siza	management
Sjaloom zorg	management, zorg/begeleiding
SOVAK	zorg/begeleiding
Triade	ICT, management
VGN	medewerker
Visio	management, zorg/begeleiding
Zuidwester	management

Deelnemers locatiebezoeken

Hartekamp groep Locatie Heemstede	management, zorg/begeleiding
's Heeren Loo Locatie Noordwijk	management, ICT, zorg/begeleiding, cliëntvertegenwoordiging
Het Raamwerk Locatie Katwijk	management, ICT, zorg/begeleiding, cliëntvertegenwoordiging
Kempenhaege Locatie Heeze	management, ICT, zorg/begeleiding, cliëntvertegenwoordiging
Middin Locatie Rijswijk (kantoor)	management, ICT, zorg/begeleiding, cliëntvertegenwoordiging
Philadelphia (kantoor) en Locatie Leusden	management, ICT, zorg/begeleiding, cliëntvertegenwoordiging
Trajectum Locatie Eefde	management, ICT, zorg/begeleiding, cliëntvertegenwoordiging
Triade Locatie Lelystad (centrale)	ICT, management, cliëntvertegenwoordiging

Bijlage 2 Surveyvragen

Introductie

TNO is in opdracht van de VGN gestart met het onderzoek naar 'kwaliteit van nachttoezicht in de gehandicaptenzorg'. Doel van het onderzoek is dat de VGN beter in staat is om antwoord te geven op de twee belangrijkste vragen:

1. wat bepaalt de kwaliteit van de nachttoezicht en
2. hoeveel ruimte hebben cliënten en hun familie in de keuzes in het nachttoezicht?

Het onderzoek is sterk kwalitatief van aard. Het zal bestaan uit een twaalfstal diepte-interviews met instellingen en drie focusgroepgesprekken met cliënten, verwanten en medewerkers. Voorafgaand benaderen we alle instellingen met een beknopte vragenlijst voor een meer sectorbreed beeld van de wijze waarop de nachtzorg is georganiseerd.

Deze vragenlijst bevat vragen over uw organisatie, de doelgroepen waarvoor u werkt, hoe het nachttoezicht bij u is geregeld en wat uw visie op goed nachttoezicht is. Met behulp van de antwoorden zijn we in staat te onderbouwen hoe dingen zijn geregeld en welke visie en meningen er leven in het veld.

In de inventarisatie gebruiken we een driedeling van groepen cliënten (nadruk op ondersteuning, nadruk op begeleiding/behandeling, en nadruk op verzorging/ADL/behandeling) die volgens ons het beste aansluit bij de dilemma's die rondom het nachttoezicht spelen.

Indien exacte gegevens niet gemakkelijk voorhanden zijn vragen we u om een zo goed mogelijke inschatting.

We stellen uw reactie zeer op prijs. Hoe meer respondenten hoe completer het beeld van de huidige stand van zaken rondom het nachttoezicht in de gehandicaptensector zal zijn.

Deel 1. Algemeen

1. Hoe groot is uw organisatie?

- Totaal aantal cliënten :
- < 100 cliënten
- tussen de 100 en 250 cliënten
- tussen de 250 en 1.000 cliënten
- > 1.000 cliënten

2. In de organisatie bieden we de volgende groepen cliënten zorg en ondersteuning:

Cliënten, waarbij het toezicht vooral bedoeld is ter ondersteuning van een zelfstandig leven. (nadruk op ondersteuning)	Cliënten met bijkomende psychische- en/ of gedragsproblematiek (nadruk op begeleiding, behandeling)	Cliënten met ernstige meervoudige beperkingen. (nadruk op verzorging, ADL, behandeling)
Ja / Nee	Ja/ Nee	Ja/ Nee
Aantal cliënten van deze doelgroep	Aantal cliënten van deze doelgroep	Aantal cliënten van deze doelgroep

3. Het nachttoezicht is voor deze cliëntgroepen bij ons als volgt geregeld:

Bij ondersteuning van een zelfstandig leven.	Bij begeleiding	Bij verzorging, ADL ondersteuning
1.Hanteert u zelf een norm voor de aanwezigheid van personeel in verhouding tot het aantal cliënten? Zo ja welke is dat? Zo nee, waarom niet? (meerdere antwoorden mogelijk): Woonomgeving Complexiteit zorgvraag Wens ouders Financiële situatie Beschikbaarheid personeel Anders...	1.Hanteert u zelf een norm voor de aanwezigheid van personeel in verhouding tot het aantal cliënten? Zo ja welke is dat? Zo nee, waarom niet? (meerdere antwoorden mogelijk): Woonomgeving Complexiteit zorgvraag Wens ouders Financiële situatie Beschikbaarheid personeel Anders...	1.Hanteert u zelf een norm voor de aanwezigheid van personeel in verhouding tot het aantal cliënten? Zo ja welke is dat? Zo nee, waarom niet? (meerdere antwoorden mogelijk): Woonomgeving Complexiteit zorgvraag Wens ouders Financiële situatie Beschikbaarheid personeel Anders...
2.Hoeveel medewerkers zijn er per nacht gemiddeld actief voor deze doelgroep? Slapende wacht Wakende wacht Centralisten Anders, namelijk ...	2.Hoeveel medewerkers zijn er per nacht gemiddeld actief voor deze doelgroep? Slapende wacht Wakende wacht Centralisten Anders, namelijk ...	2.Hoeveel medewerkers zijn er per nacht gemiddeld actief voor deze doelgroep? Slapende wacht Wakende wacht Centralisten Anders, namelijk ...

Deel 2. Huidig gebruik van domotica

4. Wordt er binnen uw organisatie gebruik gemaakt van toezichthoudende domotica in de nacht?

(onder domotica wordt hier verstaan de integratie van technologie ten behoeve van een betere kwaliteit van toezicht, en omvat dus alle vormen van technologie die het (nacht)toezicht ondersteunen)

- › Nee, in het geheel niet → De respondent hoeft alleen nog de volgende vragen te beantwoorden waarom niet en dan alleen relevante vervolgvragen (....)
- › Ja → Wij verzoeken u voor elk type cliënten dat uw instelling in zorg heeft aan te geven welke toezichthoudende domotica wordt gebruikt. Meerdere antwoorden per type cliënten zijn mogelijk. De categorieën waaruit u kunt kiezen zijn ontleend aan het Whitepaper *Zorgdomotica in de nachtzorg* van Vilans (2015). In de toelichtingstabel direct hieronder staat een korte uitleg voor elk van de categorieën.

Generatie	Type domotica		
	Akoestisch (AB)	Sensorisch (SB)	Video (VB)
1 ^e	Detectie van geluidsintensiteit, vergelijkbaar met babyfoon	Simpele bewegingssensor, in vaktermen vaak PIR-sensor genoemd (Passive Infra red Sensor)	Continue monitoring door middel van camera
2 ^e	Detectie van geluidsintensiteit en tijdsduur. Alarm wordt geactiveerd als volume gedurende vooraf aangewezen periode drempelwaarde overschrijdt	Cluster van bewegingssensoren op verschillende plekken in de ruimte. Gecombineerde signalen geven een indicatie van de richting van beweging	Combinatie videobewaking met AB en/of SB-detectie. Doorgifte beelden alleen als ook signaal op basis van AB/SB-detectie
3 ^e	Naast detectie ook analyse en softwarematige herkenning geluid, op basis van referentiegeluiden en feedback gebruikers	Netwerk van bewegingssensoren. Continue interpretatie van status van een cliënt op basis van softwarematige analyse van de sensorgegevens	Slimme monitoring op basis van softwarematige analyse van beeldmateriaal. Doorgifte van relevant beeldmateriaal alleen als op basis van softwarematige analyse verhoogde waarschijnlijkheid van incident.

4a. In mijn instelling worden voor cliënten, waarbij het toezicht vooral bedoeld is ter ondersteuning van een zelfstandig leven (nadruk op ondersteuning), de volgende typen domotica gebruikt

Generatie	Type domotica		
	Akoestisch (AB)	Sensorisch (SB)	Video (VB)
1 ^e	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet
2 ^e	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet
3 ^e	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet

4b. In mijn instelling worden voor cliënten met bijkomende psychische- en/ of gedragsproblematiek (nadruk op begeleiding, behandeling), de volgende typen domotica gebruikt

Generatie	Type domotica		
	Akoestisch (AB)	Sensorisch (SB)	Video (VB)
1 ^e	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet
2 ^e	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet
3 ^e	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet

4c. In mijn instelling worden voor cliënten met ernstige meervoudige beperkingen (nadruk op verzorging, ADL, behandeling), de volgende typen domotica gebruikt

Generatie	Type domotica		
	Akoestisch (AB)	Sensorisch (SB)	Video (VB)
1 ^e	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet
2 ^e	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet
3 ^e	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet	Ja/Nee/Weet niet

5. Heeft u concrete voornemens om te investeren in nachtdomotica binnen nu en twee jaar?

- > Nee,
- > Ja, reden...
- >

Deel 3. Visie en ervaringen domoticagebruik

6. *Visie op inzet van domotica bij nachttoezicht*

Geef aan bij onderstaande stellingen in hoeverre u vindt dat dit geldt voor uw organisatie. (keuzemogelijkheden: helemaal mee oneens/mee oneens/neutraal /mee eens/helemaal mee eens). Indien uw instelling in het geheel geen domotica gebruikt, kunt u met deze vraag aangeven in hoeverre dit een expliciete visie van de instelling is.

- a. Binnen onze organisatie is voor gebruik van domotica voor ondersteuning van het nachttoezicht een visie op:
 - a. De kwaliteit(sverbetering) van de zorg gedurende de nacht
 - b. De rol, autonomie en keuzevrijheid van de cliënt
 - c. Risicobeheersing en veilig gebruik, inclusief financiële risico's
 - d. Datagovernance en privacy
- b. Medewerkers zijn betrokken bij de totstandkoming van de visie
- c. De Centrale Cliëntenraad is betrokken bij het besluitvormingsproces

7. *Toepassing van domotica voor nachttoezicht op maat*

Geef aan bij onderstaande stellingen in hoeverre u vindt dat dit geldt voor uw instelling. (keuzemogelijkheden: helemaal mee oneens/mee oneens/noch mee oneens, noch mee eens/mee eens/helemaal mee eens). Indien uw instelling in het geheel geen toezichthoudende domotica gebruikt, hoeft vraag e. niet te worden beantwoord.

- a. Afspraken over de nachtzorg zijn bij ons vastgelegd in het individuele ondersteunings- of zorgplan.
- b. Afspraken over nachtzorg worden bij ons minimaal 1 x per jaar geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.
- c. Cliënten kunnen bij ons zelf (of via hun wettelijke vertegenwoordiger) bepalen of technologie wordt ingezet.
- d. Cliënten (of hun wettelijke vertegenwoordiger) kunnen bij ons zelf bepalen welke technologie wordt ingezet.
- e. Mantelzorgers/familie, die te maken hebben met technologie bij nachttoezicht, zijn hier over het algemeen positief over.
- f. Medewerkers van onze organisatie, die met technologie werken bij nachttoezicht, zijn hier over het algemeen positief over.

Deel 4. Inrichting van de nachtzorg met domotica

8. *Is er een vastgelegde werkwijze voor de selectie, aanschaf en vrijgave voor het gebruik van apparatuur?*

Nee

Ja

Zo ja, is deze werkwijze (overwegend) gebaseerd op:

- Externe, gevalideerde instrumenten (richtlijnen, risicomethodieken zoals bijvoorbeeld HFMEA, SAFER, Praktijkgids Prospectieve Risico-Inventarisatie, RICHTING)
- Eigen, interne richtlijnen en procedures.

9. *Welke terugvalprocedures heeft uw instelling in geval van storing (meer dan één antwoord mogelijk)*

- aansluiting toezichthoudende domotica op noodstroomvoorziening
- back-up toezichtsystemen
- protocol voor overschakeling op toezicht ter plaatse
- Overig, namelijk....
- Nee..... (toelichting)

10. *Is er een protocol aanwezig voor de nachtzorg waarin opgenomen is hoe er opvolging gegeven wordt aan meldingen?*

a. Nee

b. Ja

- i. Welke maximale reactietijd is hierin opgenomen? minuten/geen/onbekend
- ii. Door wie wordt de opvolging van de melding daadwerkelijk uitgevoerd?
 1. Slapende wacht op locatie van de melding
 2. Zorgverlener wakende wacht op de locatie van melding
 3. Zorgverlener nachtdienst aanwezig op centrale terrein
 4. Mobiele responsdienst in de wijk
 5. Anders, namelijk....
- iii. Welke type medewerker wordt in nachttoezicht ingezet voor opvolging?
 1. Verzorgende-IG
 2. MBO verpleegkundige
 3. HBO verpleegkundige
 4. Agogisch begeleider
 5. Anders, namelijk....
- iv. Zijn er extra eisen aan de medewerker die wordt ingezet in nachttoezicht?
 1. Neen, gelijk aan overdag
 2. Ja, training voor omgaan met alarmeringsapparatuur
 3. Ja, EHBO diploma
 4. Ja, anders namelijk...

Deel 5. Incidenten en calamiteiten gedurende de nacht

11. *Hoeveel incidenten en calamiteiten, die hebben plaatsgevonden gedurende de nacht, zijn er in 2017 in het meldsysteem van uw instelling opgenomen?*

Aantal:

12. *Ontving u in 2017 specifieke klachten over de nachtzorg?*

Nee

Zo ja, aantal:

Slot. Ruimte voor opmerkingen, extra informatie

Bedankt

We willen u hartelijk bedanken voor uw deelname. De resultaten zullen verwerkt worden in een rapportage en te zijner tijd door VGN naar buiten worden gebracht.

Indien u beschikbaar bent om uw antwoorden verder toe te lichten of voor aanvullende vragen, kunt u hieronder uw email adres invullen. De anonimiteit van uw reactie zal worden gewaarborgd.

email:

Bijlage 3 Gestructureerde vragenlijst focusgroepen

Toelichting

Extra grote, onderstreepte tekst: deze passages zijn geschikt als "vraag vooraf" (eventueel na tekstuele redactie)

Dikgedrukte tekst: geschikt voor shortlist van vragen voor het eerste discussie-uur

Dikgedrukte, cursieve tekst: geschikt voor shortlist van vragen voor het tweede discussie-uur

Rode tekst: Sessiespecifieke vragen

Zwarte tekst: Vragen geschikt voor alle sessies

Combinaties zijn mogelijk.....

Onderzoeksvraag	Sessie over toezicht, onvrijwillige zorg en zelfbeschikking	Sessie over geborgenheid, nabijheid en vertrouwen	Ideeën voor stellingen
Wat bepaalt de kwaliteit van nachtzorg?	<ul style="list-style-type: none"> Hoe stel je vast of iemand een "goeie nacht" heeft gehad? Waar merk je aan dat er problemen spelen? Hebben jullie ideeën wat jullie bij en voor cliënten willen bereiken door inzet van nachtzorg? Liggen die ideeën ergens vast? Hebben jullie het wel eens over die ideeën? Naar welke elementen kijken jullie vooral bij het vormgeven van nachtzorg? Welke verschillen zijn er in hoe zorgprofessionals, technische mensen, cliënten en hun familie kwaliteit beleven? Welke elementen zijn voor welke groep het belangrijkste? <u>Hebben jullie concrete voorbeelden hoe je kwaliteit kunt merken? Of juist gebrek aan kwaliteit? Is er wel eens een moment geweest dat je dacht: dit ging goed (of juist: dit was niet de bedoeling)? Kun je dat moment beschrijven? Wat was de situatie? Wie was de cliënt? Wie waren er nog meer bij betrokken? Wat deed je toen? Wat deed dat moment met je?</u> Gebruiken jullie kwaliteitsindicatoren voor de nachtzorg? Welke zijn dat? Wat vinden jullie daarvan? Helpen ze? Zitten ze in de weg? Meten ze de juiste dingen? 	<ul style="list-style-type: none"> Hoe stel je vast of iemand een "goeie nacht" heeft gehad? Waar merk je aan dat er problemen spelen? Hebben jullie ideeën wat jullie bij en voor cliënten willen bereiken door inzet van nachtzorg? Liggen die ideeën ergens vast? Hebben jullie het wel eens over die ideeën? Naar welke elementen kijken jullie vooral bij het vormgeven van nachtzorg? Welke verschillen zijn er in hoe zorgprofessionals, technische mensen, cliënten en hun familie kwaliteit beleven? Welke elementen zijn voor welke groep het belangrijkste? <u>Hebben jullie concrete voorbeelden hoe je kwaliteit kunt merken? Of juist gebrek aan kwaliteit? Is er wel eens een moment geweest dat je dacht: dit ging goed (of juist: dit was niet de bedoeling)? Kun je dat moment beschrijven? Wat was de situatie? Wie was de cliënt? Wie waren er nog meer bij betrokken? Wat deed je toen? Wat deed dat moment met je?</u> Gebruiken jullie kwaliteitsindicatoren voor de nachtzorg? Welke zijn dat? Wat vinden jullie daarvan? Helpen ze? Zitten ze in de weg? Meten ze de juiste dingen? 	<ul style="list-style-type: none"> Er zijn (nog) geen goede kwaliteitsindicatoren voor nachtzorg <ul style="list-style-type: none"> En die zijn wel nodig En die zijn ook niet nodig Kwaliteit van nachtzorg draait om begrip tussen professionals en cliënten
Omgaan met dilemma's rond kwaliteit, veiligheid, keuzevrijheid	<ul style="list-style-type: none"> Voor een deel hebben jullie te maken met cliënten die niet vrijwillig bij jullie instelling verblijven. Wat voor impact heeft het op zulke cliënten dat er (ook) 's nachts vormen van toezicht zijn? Waar eindigt het recht op privacy en begint de noodzaak tot toezicht: welk "onverstandig" gedrag van cliënten blijft hun eigen keuze? Wanneer zijn de risico's zodanig dat toezicht nodig en gerechtvaardigd wordt? Hoe ervaar je dat als zorgverlener? Voel je zelf bijvoorbeeld schroom om toezicht te houden? Lijkt logisch dat bij cliënten die vrijwillig in een instelling wonen, maar wel gedrag vertonen dat een risico vormt voor henzelf of anderen, de afweging wel of geen toezicht nog lastiger wordt (we hebben het dan vooral over cliënten met indicaties VG6 en VG7)? Wie heeft daar ervaringen mee? Hoe ga je daar mee om? Welke afwegingen maak je? Wat als cliënten iets anders willen dan hun ouders/familie? Ervaren cliënten (ook) positieve gevolgen van goede nachtzorg (inclusief toezicht)? Waar merk je dat aan? Hoe zien de cliënten dit zelf? Over welke risico's hebben we het eigenlijk? Wat kan er 's nachts gebeuren? Hebben mensen voorbeelden uit eigen ervaring van incidenten die zich hebben voorgedaan? 	<ul style="list-style-type: none"> Zeker bij cliënten met complexe medische problematiek, maar ook bij cliënten die anderszins kwetsbaar zijn, kan nachtzorg erg ingrijpend zijn (angst, pijn, decorumverlies etc.). Hoe gaan jullie met deze problematiek om? Wat nu als nachtzorg die eigenlijk wel zou moeten worden uitgeoefend voor een cliënt écht te belastend is? Hoe kijken jullie aan tegen het gebruik van systemen voor continue monitoring? Wanneer is dit geoorloofd? Hoe schat je de privacybehoefte in van cliënten die zich daar niet zelf goed over kunnen uiten? Mogen cliënten en/of ouders/verzorgers kiezen voor een vorm van nachtzorg die een verhoogd risico biedt op gezondheidsschade? Wat bijvoorbeeld als een (semi-)zelfstandig wonende cliënt bewust afziet van de toepassing van bepaalde vormen van zorgdomotica omdat hij/zij dat onprettig vindt? Waar begint en eindigt de rol van de instelling? Ervaren cliënten (ook) positieve gevolgen van goede nachtzorg (inclusief toezicht)? Waar merk je dat aan? Hoe zien de cliënten dit zelf? Over welke risico's hebben we het eigenlijk? Wat kan er 's nachts gebeuren? Hebben mensen voorbeelden uit eigen ervaring van incidenten die zich hebben voorgedaan? 	<ul style="list-style-type: none"> Zelfbeschikking gaat voor, ook als dat risico's geeft Liever een sensor dan een cipier. Voor "moeilijke" cliënten is nachtzorg met behulp van elektronica een menswaardiger alternatief

Onderzoeksvraag	Sessie over toezicht, onvrijwillige zorg en zelfbeschikking	Sessie over geborgenheid, nabijheid en vertrouwen	Ideeën voor stellingen
Doel nacht en nachtzorg	<ul style="list-style-type: none"> Hoe zou je zelf het doel van de nacht voor cliënten beschrijven? Wat gebeurt er? En wat gebeurt er vooral niet? Is de nacht een zorginhoudelijk element? Of een gewoon menselijk element? Of allebei? Voor wie probeer je in de nacht doelen te bereiken? Alleen voor cliënten? Ook voor familie? Voor personeel? Is er ook een maatschappelijk belang gediend met een "goede nacht"? Als je de centrale doelen/bedoelingen van de nacht als uitgangspunt neemt, welke doelstellingen leid je daar dan van af voor nachtzorg? Wat moet nachtzorg bereiken? Wat zijn essentiële randvoorwaarden? Zijn er dingen die je juist niet moet willen? Wordt over dit onderwerp gesproken bij jullie in de instelling? Is er zoiets als een visie? En leeft die bij jullie? Wordt er ook met cliënten gesproken over wat zij van de nacht verwachten? Wat doen jullie met die informatie? 	<ul style="list-style-type: none"> Hoe zou je zelf het doel van de nacht voor cliënten beschrijven? Wat gebeurt er? En wat gebeurt er vooral niet? Is de nacht een zorginhoudelijk element? Of een gewoon menselijk element? Of allebei? Voor wie probeer je in de nacht doelen te bereiken? Alleen voor cliënten? Ook voor familie? Voor personeel? Is er ook een maatschappelijk belang gediend met een "goede nacht"? Als je de centrale doelen/bedoelingen van de nacht als uitgangspunt neemt, welke doelstellingen leid je daar dan van af voor nachtzorg? Wat moet nachtzorg bereiken? Wat zijn essentiële randvoorwaarden? Zijn er dingen die je juist niet moet willen? Wordt over dit onderwerp gesproken bij jullie in de instelling? Is er zoiets als een visie? En leeft die bij jullie? Wordt er ook met cliënten gesproken over wat zij van de nacht verwachten? Wat doen jullie met die informatie? Hoe pakken jullie het aan om met cliënten te spreken als die zich niet of moeilijk kunnen uiten? Hoe weet je en merk je dat zij zich al dan niet prettig voelen bij toezicht? Verandert er iets wezenlijks als het doel van nachtzorg ook of voornamelijk is gericht op medische veiligheid? Kijk je daardoor anders naar afwegingen tussen privacy en veiligheid? Heeft het consequenties voor de doelen van nachtzorg als die wordt ingezet voor cliënten die grotendeels zelfstandig wonen? 	<ul style="list-style-type: none"> Nachtzorg is gewone zorg Bij mijn organisatie weten we wat we willen bereiken met zorg in de nacht. We praten er regelmatig over hoe het beter kan.
Huidige stand en gang van zaken	<ul style="list-style-type: none"> Het is half elf (of tien uur, of elf uur), de avond gaat over in de nacht, en dan..... Wat merken cliënten van de nachtzorg? Weten ze wie er dienst heeft? Merken ze dat er systemen ingeschakeld worden? Hoe ziet als zorgprofessional in de nachtzorg je nacht eruit? Wat doe je, wat is je routine? Met welke verwachtingen ga je een dienst in: wat kan er gebeuren? Hoe voel je je als medewerker? Voel je je veilig? Ben je deel van een team of sta je er alleen voor? Welke veiligheidsmaatregelen en -protocollen zijn er om rekening mee te houden? Ken je die en hoe heb je die leren kennen? Weet je als zorgprofessional zelf welke apparatuur is ingeschakeld en wat die doet en kan? Wat vind je van die apparatuur? Welke gevoelens roept het op? Vertrouw je erop of juist niet, en waarom dan? Wat zijn typische incidenten die je in de nacht kunt tegenkomen? (Kunnen mensen ervaringen delen?). Wat voor respons vragen die van de professionals in de organisatie? Wat is daar voor nodig? Lukt dat altijd? Vaak? Of vaak niet? Wordt er over nachtzorg, over protocollen, over inzet van apparatuur, maar ook over ervaringen, (bijna-)incidenten gesproken? Gebeurt dat binnen het team of (ook) daarbuiten? Wordt "de nacht" nabesproken? Hoe gaat dat in zijn werk? Hebben jullie de indruk dat (bijna-)incidenten, bijzonderheden, voorvallen e.d. gemeld en geregistreerd worden? Wat vinden jullie ervan dat dit al dan niet gebeurt? Voel je je als professional (maar ook als cliënt of familie van een cliënt) vrij om bijzonderheden te melden en gebeurt daar dan ook iets mee? 	<ul style="list-style-type: none"> Het is half elf (of tien uur, of elf uur), de avond gaat over in de nacht, en dan..... Wat merken cliënten van de nachtzorg? Weten ze wie er dienst heeft? Merken ze dat er systemen ingeschakeld worden? Hoe ziet als zorgprofessional in de nachtzorg je nacht eruit? Wat doe je, wat is je routine? Met welke verwachtingen ga je een dienst in: wat kan er gebeuren? Hoe voel je je als medewerker? Voel je je in staat om adequaat te reageren op wat er op je af kan komen? Heb je voldoende opleiding? Ben je specifiek getraind voor wat er kan gebeuren? Wie kan je alarmeren bij medische urgentie en komen ze dan ook? Ben je deel van een team of sta je er alleen voor? Welke Met welke medische, agogische etc. protocollen heb je te maken om de juiste nachtzorg aan cliënten te kunnen bieden? Ken je die en hoe heb je die leren kennen? Weet je als zorgprofessional zelf welke apparatuur is ingeschakeld en wat die doet en kan? Wat vind je van die apparatuur? Welke gevoelens roept het op? Vertrouw je erop of juist niet, en waarom dan? Wat zijn typische incidenten die je in de nacht kunt tegenkomen? (Kunnen mensen ervaringen delen?). Wat voor respons vragen die van de professionals in de organisatie? Wat is daar voor nodig? Lukt dat altijd? Vaak? Of vaak niet? Wordt er over nachtzorg, over protocollen, over inzet van apparatuur, maar ook over ervaringen, (bijna-)incidenten gesproken? Gebeurt dat binnen het team of (ook) daarbuiten? Wordt "de nacht" nabesproken? Hoe gaat dat in zijn werk? Hebben jullie de indruk dat (bijna-)incidenten, bijzonderheden, voorvallen e.d. gemeld en geregistreerd worden? Wat vinden jullie ervan dat dit al dan niet gebeurt? Voel je je als professional (maar ook als cliënt of familie van een cliënt) vrij om bijzonderheden te melden en gebeurt daar dan ook iets mee? 	<ul style="list-style-type: none"> Ik kijk ernaar uit om nachtdienst te doen Ik voel me veilig en gesteund als ik een nachtdienst doe Van die domotica heb ik meer last dan gemak Nachtzorg is onpersoonlijker geworden Ik maak in de nachtzorg regelmatig situaties mee die ik niet verantwoord vind Ik voel me vrij om fouten en bijna-incidenten te melden. Ik krijg feedback over wat er met mijn melding is gedaan.

Onderzoeksvraag	Sessie over toezicht, onvrijwillige zorg en zelfbeschikking	Sessie over geborgenheid, nabijheid en vertrouwen	Ideeën voor stellingen
		<ul style="list-style-type: none"> • Specifiek vragen naar ervaringen met responsteams in grotere gebieden met decentraal gehuisveste cliënten. • Uit de interviews krijgen we de indruk dat het vooral cliënten zelf zijn die nachtzorg inroepen. Klopt dit met jullie ervaringen? Waarvoor wordt vooral een beroep op nachtzorg gedaan? 	
Invloed technologie op kwaliteit nachtzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Waarom wordt technologie bij jouw instelling gebruikt? Of waarom worden bepaalde vormen van technologie juist niet gebruikt? • Vinden jullie dat toepassing van technologie het leven van cliënten bij jullie instelling beter heeft gemaakt? Wat is er dan verbeterd? • Waar kan technologie bij helpen? Merken jullie dat er aspecten van nachtzorg zijn die technologische oplossingen beter doen dan menselijke inzet? • Met welke technologieën heb je zelf te maken bij nachtzorg? Wat doen die? Wat zijn je ervaringen? • Wordt technologie bewust ingezet om de kwaliteit van nachtzorg te verbeteren. Ligt daar een plan aan ten grondslag? • <u>Heb je ervaring met verschillende soorten en generaties technologie? Wat zijn die ervaringen? Herinner je je specifieke knelpunten of juist sterke punten?</u> • Uit interviews komen signalen dat toepassing van technologie voor zorg op afstand een negatieve invloed heeft op de levenskwaliteit van cliënten (door ontbreken van nabijheid, regimentering van dagritmes etc.). Is dit een beeld dat men herkent voor de "problematische" cliëntengroepen? Voor sommige groepen? Of is het beeld bij deze groepen deels omgekeerd (meer bewegingsvrijheid door technologie-toepassing)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Waarom wordt technologie bij jouw instelling gebruikt? Of waarom worden bepaalde vormen van technologie juist niet gebruikt? • Vinden jullie dat toepassing van technologie het leven van cliënten bij jullie instelling beter heeft gemaakt? Wat is er dan verbeterd? • Waar kan technologie bij helpen? Merken jullie dat er aspecten van nachtzorg zijn die technologische oplossingen beter doen dan menselijke inzet? • Met welke technologieën heb je zelf te maken bij nachtzorg? Wat doen die? Wat zijn je ervaringen? • Wordt technologie bewust ingezet om de kwaliteit van nachtzorg te verbeteren. Ligt daar een plan aan ten grondslag? • <u>Heb je ervaring met verschillende soorten en generaties technologie? Wat zijn die ervaringen? Herinner je je specifieke knelpunten of juist sterke punten?</u> • Uit interviews komen signalen dat toepassing van technologie voor zorg op afstand een negatieve invloed heeft op de levenskwaliteit van cliënten (door ontbreken van nabijheid, regimentering van dagritmes etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Technologie helpt mij om veilige nachtzorg te bieden • Technologie kan geen mensen vervangen • Mijn instelling werkt met verouderde technologie <ul style="list-style-type: none"> o En daar heb ik last van o En daar ben ik blij mee • We zouden veel meer kunnen doen met technologie om de nachtzorg beter te maken
Invloed cliënten, mantelzorg/familie. Hoeveel valt er te kiezen?	<ul style="list-style-type: none"> • Krijgen cliënten begeleiding aangeboden bij het maken van keuzes? Waar bestaat die begeleiding uit? Werkt het, wat zijn jullie ervaringen? • Inspraak en medezeggenschap van cliënten bij instellingsbeleid, en de keuzevrijheid van individuele cliënten zijn bij wet geregeld. Maar wat zijn jullie ervaringen in de praktijk? Wat vinden jullie van de manier waarop medezeggenschap en keuzevrijheid in jullie omgeving zijn geregeld? Wat kan er beter? • We krijgen signalen dat familie zich niet goed in staat voelt te overzien wat er eigenlijk te kiezen valt, omdat ze de zorginhoudelijke en technologische kennis niet hebben. Klopt dat met jullie beeld? Wat zijn jullie eigen ervaringen met keuzetrajecten? • In hoeverre is er ook in een onvrijwillige setting, c.q.. bij cliënten met onbegrepen/risicovol gedrag iets te kiezen? Kunnen mensen vormen van toezicht/vormen van zorg afwijzen of juist opeisen? Is er dan nog een wezenlijk verschil tussen onvrijwillige zorg en niet-onvrijwillige zorg? • Als keuzevrijheid beperkt is, welke andere manieren worden er dan gebruikt om maatwerk voor cliënten te creëren? Gebeurt dat sowieso? Is dat iets dat past binnen de cultuur? • Is, zeker bij onvrijwillig verblijf, het sociaal systeem van cliënten in beeld als het erom gaat welke nachtzorg past bij de cliënt? Wie zitten er in dat systeem, als cliënten uit een problematische thuissituatie komen? Is dat dan de gezinsvoogd? 	<ul style="list-style-type: none"> • Krijgen cliënten begeleiding aangeboden bij het maken van keuzes? Waar bestaat die begeleiding uit? Werkt het, wat zijn jullie ervaringen? • Inspraak en medezeggenschap van cliënten bij instellingsbeleid, en de keuzevrijheid van individuele cliënten zijn bij wet geregeld. Maar wat zijn jullie ervaringen in de praktijk? Wat vinden jullie van de manier waarop medezeggenschap en keuzevrijheid in jullie omgeving zijn geregeld? Wat kan er beter? • We krijgen signalen dat familie zich niet goed in staat voelt te overzien wat er eigenlijk te kiezen valt, omdat ze de zorginhoudelijke en technologische kennis niet hebben. Klopt dat met jullie beeld? Wat zijn jullie eigen ervaringen met keuzetrajecten? • Vragen naar het mogelijk vóórkomen van uitruil van vrijheden: komt het bijvoorbeeld voor dat cliënten zich toezicht/toepassing van zorgdomotica moeten laten welgevallen om (semi-)zelfstandig te kunnen wonen • Vragen naar ervaringen met motieven en zorgen bij keuzebepaling specifiek bij familie van cliënten met een complexe zorgvraag? Zijn verwachtingen reëel. Hoe groot is de rol die emoties spelen bij keuzes? • Kinderen als specifieke groep in dit verband? • Maatwerk voor cliënten. Is bij zeer complexe groepen natuurlijk altijd maatwerk, maar in hoeverre spelen de voorkeuren en behoeften van cliënten/familie een rol bij dat maatwerk. Zijn medische en gedragsmatige noodzaak allesbepalend? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouders en cliënten weten niet goed wat er te kiezen valt • Ouders verwachten vaak het onmogelijke • Om de veiligheid van en rond iedere cliënt te kunnen regelen, is al zoveel maatwerk nodig dat de keuzevrijheid van cliënten in het gedrang komt • (Kortere variant van de vorige: Maatwerk is niet hetzelfde als keuzevrijheid) • Wie onvrijwillig is opgenomen heeft niets te kiezen

Onderzoeksvraag	Sessie over toezicht, onvrijwillige zorg en zelfbeschikking	Sessie over geborgenheid, nabijheid en vertrouwen	Ideeën voor stellingen
Welke maatregelen treffen instellingen voor juiste en veilige toepassing van technologie?	<ul style="list-style-type: none"> • Welke criteria worden aangelegd bij de selectie en aanschaf van technologie? Hoe komen functionele programma's van eisen tot stand? Wat zijn de belangrijkste criteria waarop wordt ingekocht? Prijs? Bewezen technologie? Bedrijfszekerheid? • Wordt er bij de aanschaf en implementatie van technologie aandacht besteed aan de context waarin die technologie moet functioneren? Wordt er bijvoorbeeld vooraf gekeken naar de geschiktheid van de huidige technische infrastructuur? Spelen kenmerken van de huisvesting een rol, bijvoorbeeld centraal/decentraal, locatie, lay-out in verband met camera- en sensorposities? • Op welke manier en tot op welke hoogte wordt vooraf en bij implementatie aandacht besteed aan de impact van technologietoepassing op bestaande veiligheidsmaatregelen en -voorschriften? Bijvoorbeeld brandveiligheid, personeelsveiligheid, toegangsregulering? • En hoe zit dat met wet- en regelgeving op justitieel vlak en met betrekking tot privacy en databeheer? • Toepassing van technologie heeft invloed op werkprocessen. In hoeverre en op welke wijze wordt bij implementatiekeuzes rekening gehouden met deze gevolgen? Worden bijvoorbeeld werkprocessen met zorgprofessionals doorgelicht? Worden gewijzigde werkprocessen beschreven, en hoe worden deze bekend gemaakt? Wordt aandacht besteed aan scholing en vertrouwd raken met apparatuur? Welke knelpunten m.b.t. personele competenties en acceptatie doen zich in de praktijk voor? • Op welke wijze hebben instelling beheer en onderhoud van technologie geregeld? Vindt onderhoud bijvoorbeeld plaats op basis van incidenten? Van regelmatige inspectieronden? In hoeverre worden prospectieve risicoanalyses hierbij ingezet? • Als er iets misgaat met apparatuur, of er wordt geconstateerd dat iets het niet doet, is het dan makkelijk voor personeel om dit te melden, en wordt er ook opvolging aan gegeven? • Heeft zorgdomotica een plek in periodieke en strategische investeringsplannen? M.a.w. wordt er regelmatig geïnventariseerd in hoeverre huidige technologie nog beantwoordt aan de zorgvragen en welke aanpassingen eventueel noodzakelijk zijn op de middellange en lange termijn? • Bij "problematische" doelgroepen: in hoeverre en hoe wordt bij beheer/onderhoud/monitoring van technologie rekening gehouden met sabotage/bewuste manipulatie? Weet je als instelling dat er met technologie geknoeid is en hoe weet je dat dan? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welke criteria worden aangelegd bij de selectie en aanschaf van technologie? Hoe komen functionele programma's van eisen tot stand? Wat zijn de belangrijkste criteria waarop wordt ingekocht? Prijs? Bewezen technologie? Bedrijfszekerheid? • Wordt er bij de aanschaf en implementatie van technologie aandacht besteed aan de context waarin die technologie moet functioneren? Wordt er bijvoorbeeld vooraf gekeken naar de geschiktheid van de huidige technische infrastructuur? Spelen kenmerken van de huisvesting een rol, bijvoorbeeld centraal/decentraal, locatie, lay-out in verband met camera- en sensorposities? • Op welke manier en tot op welke hoogte wordt vooraf en bij implementatie aandacht besteed aan de impact van technologietoepassing op bestaande veiligheidsmaatregelen en -voorschriften? Bijvoorbeeld brandveiligheid, personeelsveiligheid, toegangsregulering? • En hoe zit dat met wet- en regelgeving op justitieel vlak en met betrekking tot privacy en databeheer? • Toepassing van technologie heeft invloed op werkprocessen. In hoeverre en op welke wijze wordt bij implementatiekeuzes rekening gehouden met deze gevolgen? Worden bijvoorbeeld werkprocessen met zorgprofessionals doorgelicht? Worden gewijzigde werkprocessen beschreven, en hoe worden deze bekend gemaakt? Wordt aandacht besteed aan scholing en vertrouwd raken met apparatuur? Welke knelpunten m.b.t. personele competenties en acceptatie doen zich in de praktijk voor? • Op welke wijze hebben instelling beheer en onderhoud van technologie geregeld? Vindt onderhoud bijvoorbeeld plaats op basis van incidenten? Van regelmatige inspectieronden? In hoeverre worden prospectieve risicoanalyses hierbij ingezet? • Als er iets misgaat met apparatuur, of er wordt geconstateerd dat iets het niet doet, is het dan makkelijk voor personeel om dit te melden, en wordt er ook opvolging aan gegeven? • Heeft zorgdomotica een plek in periodieke en strategische investeringsplannen? M.a.w. wordt er regelmatig geïnventariseerd in hoeverre huidige technologie nog beantwoordt aan de zorgvragen en welke aanpassingen eventueel noodzakelijk zijn op de middellange en lange termijn? • Vragen naar integratie met medische technologie, medische monitoringssystemen, delen van gegevens met andere zorgverleners • Vragen naar beheer en onderhoud van technologie bij zelfstandig wonen. Wie is daar verantwoordelijk voor? Hoe hou je overzicht? Hoe kun je bij toepassing in een zelfstandige woonruimte zeker zijn dat de noodzakelijke technische en operationele randvoorwaarden aanwezig zijn? 	<ul style="list-style-type: none"> • Technologie is een integraal onderdeel van hoe wij werken • Bij de aanschaf van technologie is "laagste prijs" het belangrijkste criterium • Wie er gaat over aanschaf en beheer van technologie. Duidelijk, dat is: <ul style="list-style-type: none"> o De vastgoedafdeling o De ICT-afdeling o Het zorgmanagement o Euh...kunt u de vraag herhalen • Zorgtechnologie is een integraal onderdeel van de strategie van onze organisatie.

Bijlage 4 Gestructureerde vragenlijst locatiebezoeken

Locatiebezoeken interviewstramien. Introductie

- Achtergrond onderzoek: sleutelfiguren, survey, focusgroepen.
- Waarom deze locatiebezoeken: focus op de ervaring/werkwijze van een 10-tal instellingen. Betere inzicht op de werkwijze in de praktijk.
- Per interview 45 minuten, in iedere instelling: cliënten/uitvoerenden/Management/ICT
- We zullen de resultaten anoniem verwerken (in één geheel) waardoor het niet meer te herleiden is tot een bepaalde organisatie of persoon. Wel nemen we in de bijlage een overzicht op van de instellingen die we hebben bezocht.

Onderzoeksvraag	Zorgpersoneel	Technisch personeel	Management	Cliënten/familie
Wat bepaalt de kwaliteit van nachtzorg?	VOLDOENDE BEHANDELD	VOLDOENDE BEHANDELD	<ul style="list-style-type: none"> • Nachtzorg onderdeel van kwaliteitssystemen (balanced score cards, periodieke rapportages)? Hoe dan? • Nachtzorg onderdeel van kwaliteitsbeleid? Wat zijn de ambities? • Wordt over de kwaliteit van de nachtzorg gecommuniceerd? Intern? Extern? 	VOLDOENDE BEHANDELD
Omgaan met dilemma's rond kwaliteit, veiligheid, keuzevrijheid	<ul style="list-style-type: none"> • Voelt men zich gesteund door de organisatie? Of moet men het vooral zelf uitzoeken? • Zijn er protocollen en ondersteuningsmateriaal beschikbaar op dit vlak? Zo ja, wat zijn daar de ervaringen mee? • Hoe liggen de bevoegdheden? Wie bepaalt er uiteindelijk of specifieke vormen van zorg/toezicht al dan niet worden toegepast? • Hoe reageert de organisatie op keuzes die professionals (moeten) maken? Hebben we het primair over een cultuur van controle of van vertrouwen? • Voorbeelden: specifieke situaties die men als lastig heeft ervaren 	<ul style="list-style-type: none"> • Technisch mogelijk maken van keuzes van cliënten en zorgprofessionals: kan dit altijd? Wat is leidend: technologie of cliëntkeuze? • Worden er gegevens (al dan niet systematisch) over de prestaties, mogelijkheden en beperkingen van technologie op dit terrein? • Worden deze gegevens gedeeld? Zijn er bijvoorbeeld overzichten beschikbaar die door professionals en/of cliënten/familie kunnen worden geraadpleegd? • Vindt er overleg plaats tussen "de zorgtak" en "de ICT" over deze aspecten van nachtzorg? En is dat dan incidenteel of gepland? • Voorbeelden: specifieke situaties die men als lastig heeft ervaren 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe gaat het management om met het spanningsveld tussen keuzevrijheid van de cliënt en verantwoordelijkheid van de instelling? Is hier beleid voor gemaakt? Zijn er kaders/richtlijnen die worden gehanteerd om een verantwoorde koers te kunnen varen? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Waar ligt de grens? Wat valt nog wel onder individuele keuzevrijheid en wat niet meer? ◦ Hoe worden beleid en operationele keuzes van de instelling verantwoord en aan wie? ◦ In hoeverre spelen mogelijke reputatieschade, angst voor repercussies e.d. een rol bij de koers die de instelling vaart? • Belangrijkste zorgen/consequenties van de nieuwe wetgeving? 	<ul style="list-style-type: none"> • Zijn het bestaan en de reikwijdte van keuzevrijheid voldoende bekend onder cliënten en hun naasten? • Doet de instelling voldoende om die keuzevrijheid bekend te maken? M.a.w.: wordt jou als cliënt luid en duidelijk verteld dat je wat te kiezen hebt? • Heb je als cliënt of naaste voldoende inzicht in de gevolgen van keuzes die je maakt? Wat doet de instelling om cliënten hierin te ondersteunen? • Weet je als cliënt eigenlijk waar nachtzorgtechnologieën voor bedoeld zijn en hoe ze werken? • Als er informatie wordt verstrekt, wat vinden cliënten (en naasten) daar dan van? Is die begrijpelijk? Sluit ze aan bij wat men graag wil weten/wat de grootste zorgen zijn?
Doel nacht en nachtzorg	VOLDOENDE BEHANDELD	VOLDOENDE BEHANDELD	VOLDOENDE BEHANDELD	VOLDOENDE BEHANDELD
Huidige stand en gang van zaken	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe is het nu geregeld, op de locatie/plek/groep waar onze gesprekspartner op dit moment werkt? Wie zitten er in de nachtdienst en hoeveel mensen zitten er in de nachtdienst? Wat is de taakverdeling? Maken ze gebruik van een centrale en waar zit die dan? • Wat zijn de belangrijkste communicatielijnen tijdens de nachtdienst? Wat wordt er gedaan aan achterwacht/mogelijkheid tot opschaling? • Met wat voor soort cliënten, vragen, problemen etc. heeft de gesprekspartner in zijn/haar dagelijks werk te maken? • Hoe zit het met trainingen, scholing etc.? En specifieke instructie over werking en bediening van technologie? • Grootste knelpunt, grootste pluspunt? • Praktijkillustraties: voorbeelden, bezoek aan de centrale... 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat is er op dit moment aan technologie in gebruik? • Hoe is op dit moment het beheer van de aanwezige technologie geregeld? • Knelpunten/pluspunten? • Communicatie/registratie uitval, storingen.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe wordt de personeelsinzet voor de nachtzorg gepland? • Is er sprake van competentie-/veiligheidsbeleid met betrekking tot personeel? Is er sprake van specifieke scholing, trainingen, dbv... • Hoe ervaren medewerkers de huidige organisatie van de nachtdienst, inclusief technologiegebruik? Wat doet het management om hier inzicht in te krijgen? • Grootste knelpunt, grootste pluspunt vanuit managementoogpunt? • Is er wat nachtzorg en technologiegebruik betreft sprake van een lerende organisatie? 	<ul style="list-style-type: none"> • Waar blij mee? Wat bevalt minder of slecht in de huidige situatie? • Wat merk je als cliënt eigenlijk van de nachtzorg? Is dat voor een cliënt eigenlijk wel een afzonderlijk iets? • Voelen cliënten zich beperkt in hun dagelijks leven door de manier waarop de nachtzorg is georganiseerd? • Hoe loopt de communicatie tussen nachtzorg en naasten? • Grootste knelpunt, grootste pluspunt vanuit cliëntenperspectief? • [Wanneer we mensen spreken die gedurende een langere periode ervaring hebben met nachtzorg: wat zijn de belangrijkste veranderingen ten opzichte van vroeger?]

Onderzoeksvraag	Zorgpersoneel	Technisch personeel	Management	Cliënten/familie
Invloed technologie op kwaliteit nachtzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Wat merk je ervan in je dagelijks werk? • Ervaringen met verschillende typen en generaties technologie? • Waar zitten de belangrijkste veranderingen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptatiegraad technologie? • Hoe ontwikkelt zich technology literacy bij personeel? • Krijgen de technische mensen feedback op de functionaliteit van aangeleverde technologie en input wat er beter zou kunnen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Veranderingen in de organisatie van het werk? • Relatie met organisatieperformance? Hoe gemeten? • Motieven voor implementatie? 	<ul style="list-style-type: none"> • Belangrijkste positieve en negatieve verandering(en) in het dagelijks (en nachtelijk) leven van de cliënt. • Hoe wordt rekening gehouden met de specifieke situatie van de cliënt?
Zorginhoudelijke, organisatorische en ruimtelijke context waarin technologie wordt toegepast	<ul style="list-style-type: none"> • Bruikbaarheid technologie in de dagelijkse praktijk • Wordt de toepassing van nieuwe technologie aangekondigd en doorgesproken met de zorgpraktijk • Heb je echt wat aan de technologie • Gevolgen voor personeelsformatie, zwaarte van het werk, risico's..... • Is altijd duidelijk welke stappen in het zorgproces ondersteunt en/of vervangt 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktische benadering inventariseren en leveren gewenste functionaliteit • Is voor de ICT altijd/meestal/vaak niet duidelijk wat de van de technologie gevraagde functionaliteit inhoudt • In hoeverre ben je als ICT-afdeling op de hoogte van de toepassingscontext voor de technologie die je levert 	<ul style="list-style-type: none"> • Met welke doelstellingen past de instelling technologie toe. Hoe spelen de volgende factoren daarin mee: <ul style="list-style-type: none"> o Financiële motieven (bezuiniging) o Personele motieven (schaarste) o Organisatorische motieven (modernisering van de organisatie) o Kwaliteitsmotieven o Zorgveiligheidsmotieven 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe wordt rekening gehouden met de specifieke situatie van de cliënt?
Invloed cliënten, mantelzorg/familie. Hoeveel valt er te kiezen?	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe gaat dat keuzeprocess in de praktijk in zijn werk? • Op welke manier, hoe vaak en door wie worden naasten van cliënten bij de nachtzorg en de daarin te maken keuzes betrokken? • Wie voert gesprekken over keuzes in nachtzorg? En wie bepaalt er uiteindelijk of keuzes al dan niet worden gehonoreerd? • Hoe vaak wordt er met cliënten en naasten over de invulling van nachtzorg gesproken? Ligt het vast hoe vaak en bij welke gelegenheid dit moet gebeuren? • Praktijkvoorbeelden...Welke keuzes komen vaak voor; voorbeelden van bijzondere wensen die toch konden worden gehonoreerd; of van voorkeuren waartegen men nee moest zeggen 	VOOR DEZE GROEP GESPREKSPARTNERS MINDER VAN TOEPASSING	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe wordt aan het keuzerecht van cliënten/naasten vormgegeven in het instellingsbeleid? • Welke mechanismen zijn hiervoor aanwezig? Worden keuzes gedocumenteerd vastgelegd en waar dan? • Op welke manier en met welke middelen worden medewerkers ondersteund om keuzegesprekken met cliënten/naasten te voeren? • Monitoring in pdca-cyclus? Verantwoording aan derden? • Verwachte impact nieuwe wetgeving? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe worden cliënten en familie betrokken bij nachtzorg, op instellings-/locatieniveau en op individueel niveau? • Individueel niveau: wat is voor u belangrijk als u keuzes maakt • Hebt u het gevoel dat u wordt uitgenodigd om te kiezen, dat men op uw inbreng zit te wachten? • Krijgt u voldoende informatie over keuzemogelijkheden, en is die informatie vormgegeven op een manier waarmee u uit de voeten kunt? • Is kiezen een kwestie van opties selecteren uit een (beperkte) lijst, of kunt u zelf zeggen hoe u het graag wilt hebben? • Wat kunt u eigenlijk echt kiezen? Gaat het er bijvoorbeeld puur om welke technische opties u kiest om een vaststaand zorgprofiel in te vullen. Of staat ook dat zorgprofiel zelf ter discussie?
Welke maatregelen treffen instellingen voor juiste en veilige toepassing van technologie?	<ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid gebruikstrainingen/handleidingen • Instructie vooraf bij gebruik • Eisen en beperkingen zorginhoud en zorgorganisatie meegenomen in pve's? • Protocollen/richtlijnen bij storing • Zijn er handleidingen/instructies? Wordt er geoefend/opgeleid? • Komen storingen vaak voor? 	<ul style="list-style-type: none"> • Eisen en beperkingen zorginhoud en zorgorganisatie meegenomen in pve's • Aandacht bij aanschaf voor technische en gebruiksveiligheid? Compatibiliteit met huidige infrastructuur en systemen? • Protocollen vrijgave? • Back-upsystemen bij storing? • Grootste knelpunten/grootste frustratie • Onderhoud: periodiciteit, basis 	<ul style="list-style-type: none"> • Vormgeving van keuze- en aanschafprocessen • Opname van technologieveiligheid en -continuïteit in pdca-cyclus • Verantwoording aan derden 	<ul style="list-style-type: none"> • Voelt de cliënt zich veilig, worden daar speciale maatregelen voor getroffen (informatie, contact met begeleiding, ...)
Overige aspecten	<ul style="list-style-type: none"> • Integratie en communicatie • Reguliere zorg - nachtzorg • ICT - nachtzorg • Functiegroepen binnen nachtzorg onderling • Wordt nachtzorg voor vol aangezien? • Is onderscheid nachtzorg - dagzorg zinvol? 		<ul style="list-style-type: none"> • Investeringsbereidheid/investeringsnoodzaak 	

Bijlage 5 Tabel betekenisclusters

Om de kwalitatieve data te ordenen zijn de onderzoeksvragen als uitgangspunt genomen. Binnen iedere onderzoeksvraag zijn meerdere deelonderwerpen (betekenisclusters) onderscheiden.

Onderzoeksvraag	Betekenisclusters
Wat bepaalt de kwaliteit van nachtzorg?	Kwaliteitsindicatoren Integrale aanpak / 24-uurs zorg Overige randvoorwaarden: medewerkers, techniek en organisatie
Hoe kijken betrokkenen in de sector aan tegen dilemma's rond kwaliteit, veiligheid en keuzevrijheid?	Autonomie in samenspraak Verantwoord risico's nemen Wonen staat centraal
Waarvoor is de nacht eigenlijk bedoeld?	Nachtrust Veiligheid en geborgenheid (medisch, sociaal)
Hoe gaat het er momenteel aan toe in het nachttoezicht?	Variatie Toegepaste techniek Personele invulling Ondersteuningsplan Innovatie
Hoe beïnvloedt technologie de kwaliteit van de nachtzorg?	Veiligheid Kwaliteit Keuzevrijheid
Hoe wordt bij de keuze voor technologie rekening gehouden met de zorginhoudelijke, organisatorische en ruimtelijke context waarin deze wordt toegepast?	Variatie Nachtzorg als volwaardig onderdeel Oudbouw en nieuwbouw
Hoeveel invloed hebben mantelzorg/familie op de keuzes die door de zorgverlener wordt gemaakt om de nachtzorg in te vullen en de kwaliteit ervan te bewaken?	Flexibiliteit grenzen aan systemen grenzen aan organisatie grenzen aan keuzevrijheid Kennis bij cliënten en verwanten
Welke maatregelen passen instellingen toe om zeker te zijn dat veilige en gepaste domotica wordt aangeschaft en juist geïmplementeerd?	Bedrijfszekerheid Noodmaatregelen Functionele en technische eisen Gebruikersinstructie en -feedback Gebruiksbeperkingen

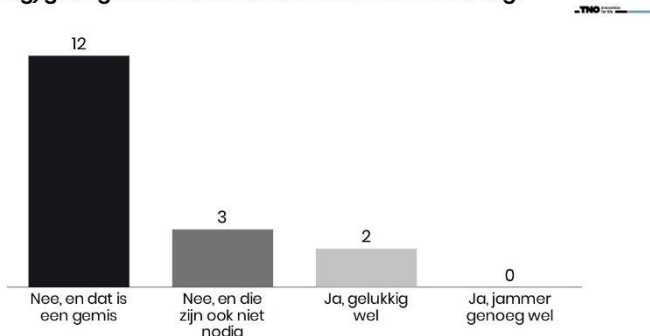
Bijlage 6 Resultaten stellingen

Tijdens de focusgroep sessies van 6, 13 en 20 maart is aan de groep een zevental stellingen voorgelegd. Via stemming gaven de deelnemers hun mening. Hieronder is per stelling, per sessie het resultaat van deze stemming weergegeven. In de rechter onderhoek van iedere grafiek staat aangegeven hoeveel personen hun stem hebben uitgebracht.

Stelling 1. Er zijn (nog) geen goede kwaliteitsindicatoren voor nachtzorg

6 maart

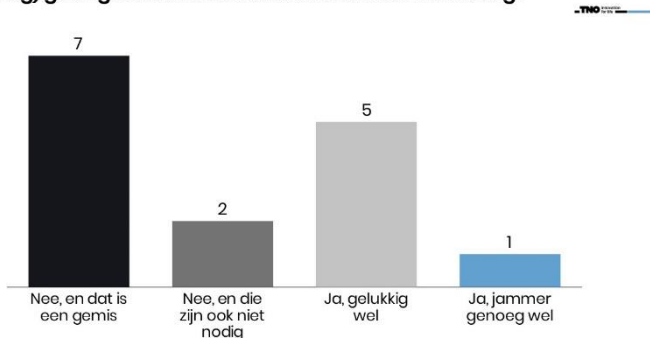
Er zijn (nog) geen goede kwaliteitsindicatoren voor nachtzorg.



17

13 maart

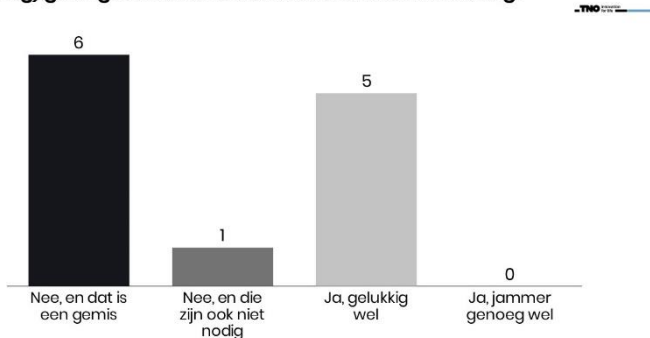
Er zijn (nog) geen goede kwaliteitsindicatoren voor nachtzorg.



15

20 maart

Er zijn (nog) geen goede kwaliteitsindicatoren voor nachtzorg.

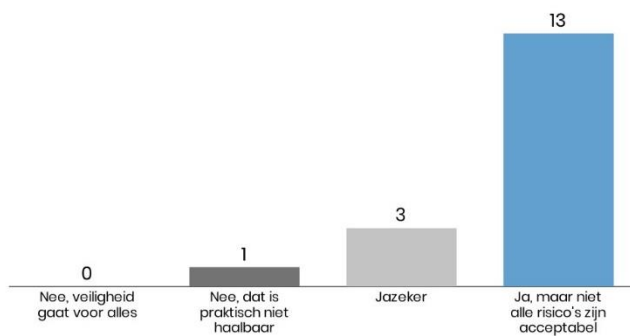


12

Stelling 2. Zelfbeschikking/autonomie van de cliënt gaat voor, ook als dat risico's geeft.

6 maart

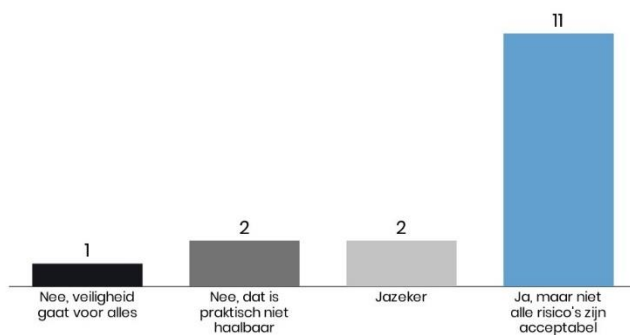
Zelfbeschikking/autonomie van de cliënt gaat voor, ook als dat risico's geeft.



17

13 maart

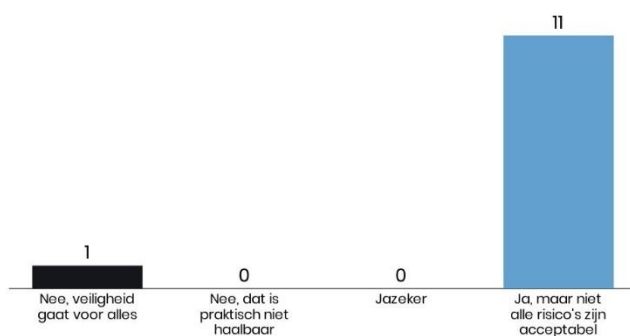
Zelfbeschikking/autonomie van de cliënt gaat voor, ook als dat risico's geeft.



16

20 maart

Zelfbeschikking/autonomie van de cliënt gaat voor, ook als dat risico's geeft.



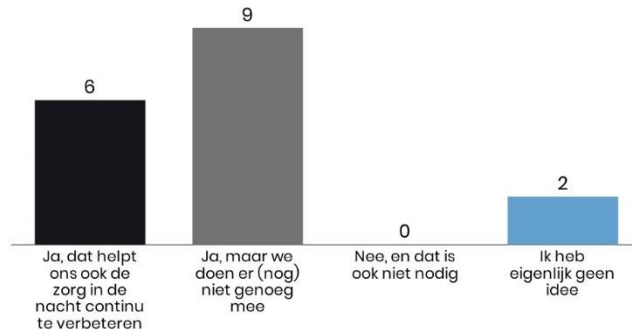
12

Stelling 3. Bij mijn organisatie weten we wat we willen bereiken met zorg in de nacht.

6 maart

Bij mijn organisatie weten we wat we willen bereiken met zorg in de nacht. We praten regelmatig over hoe het beter kan.

TNO

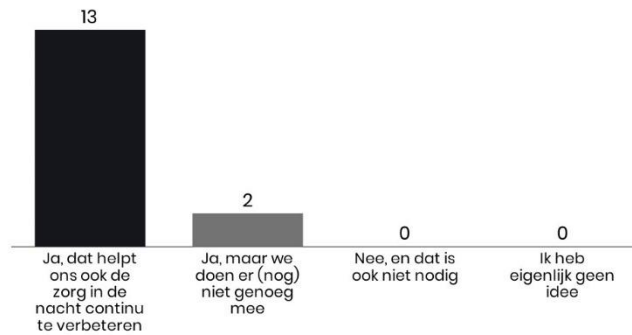


17

13 maart

Bij mijn organisatie weten we wat we willen bereiken met zorg in de nacht. We praten regelmatig over hoe het beter kan.

TNO

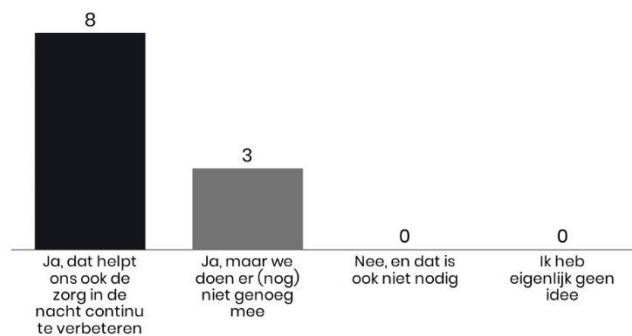


15

20 maart

Bij mijn organisatie weten we wat we willen bereiken met zorg in de nacht. We praten regelmatig over hoe het beter kan.

TNO

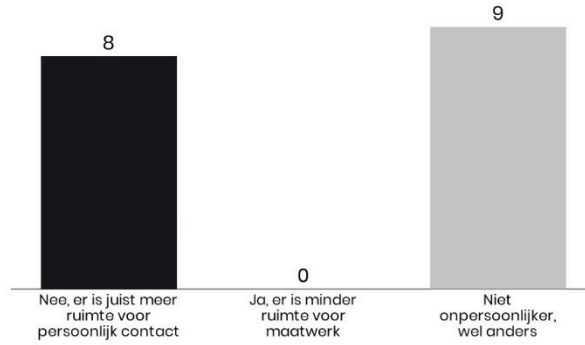


11

Stelling 4. Nachtzorg is onpersoonlijker geworden.

6 maart

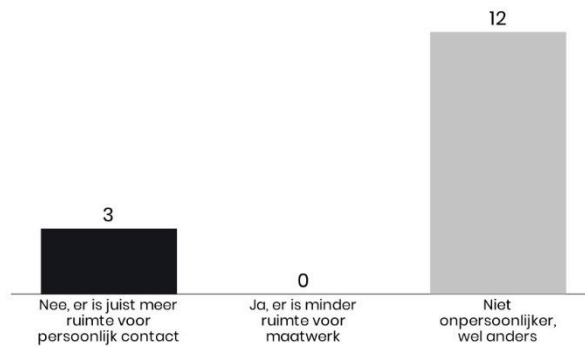
Nachtzorg is onpersoonlijker geworden.



17

13 maart

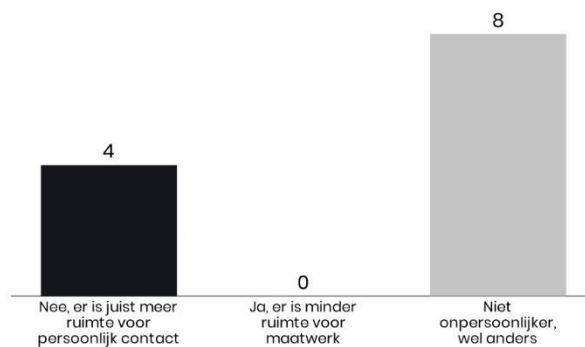
Nachtzorg is onpersoonlijker geworden.



15

20 maart

Nachtzorg is onpersoonlijker geworden.

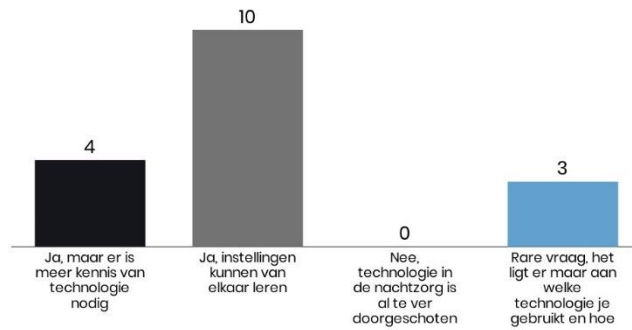


12

Stelling 5. We zouden veel meer kunnen doen met technologie om de nachtzorg beter te maken.

6 maart

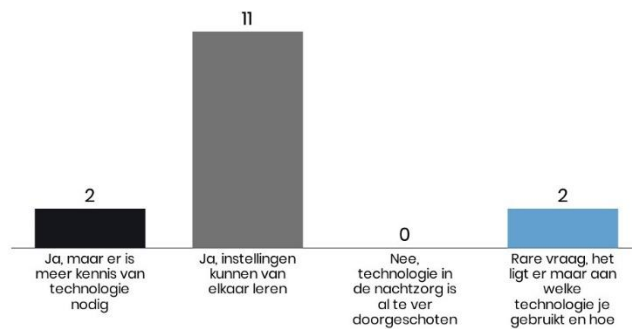
We zouden veel meer kunnen doen met technologie om de nachtzorg beter te maken.



17

13 maart

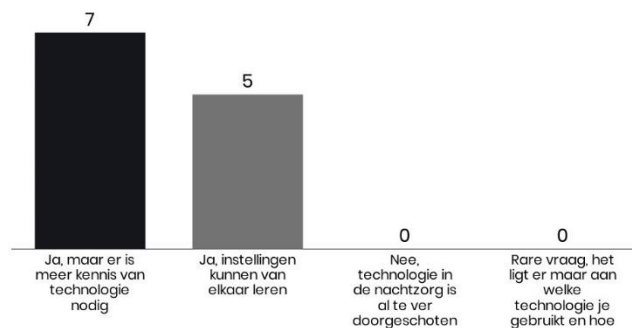
We zouden veel meer kunnen doen met technologie om de nachtzorg beter te maken.



15

20 maart

We zouden veel meer kunnen doen met technologie om de nachtzorg beter te maken.



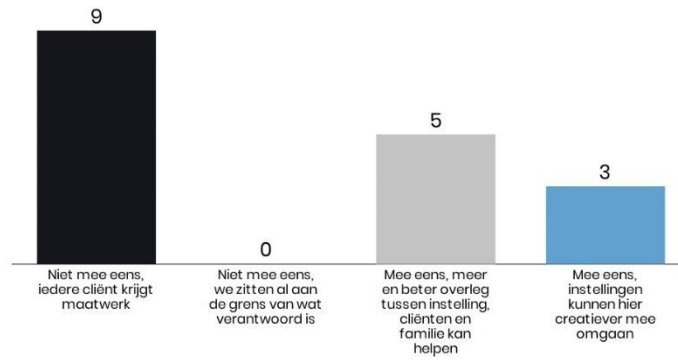
12

Stelling 6. Er is te weinig keuzevrijheid als het gaat om inrichten van de nachtzorg.

6 maart

Er is te weinig keuzevrijheid als het gaat om inrichten van de nachtzorg.

TNO

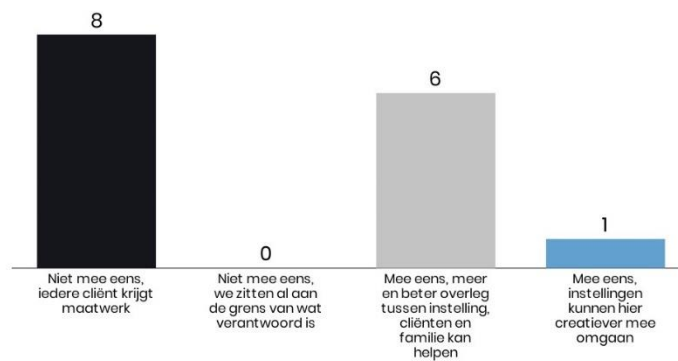


17

13 maart

Er is te weinig keuzevrijheid als het gaat om inrichten van de nachtzorg.

TNO

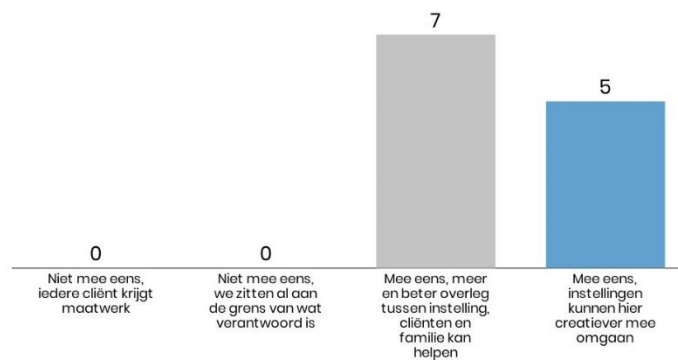


15

20 maart

Er is te weinig keuzevrijheid als het gaat om inrichten van de nachtzorg.

TNO



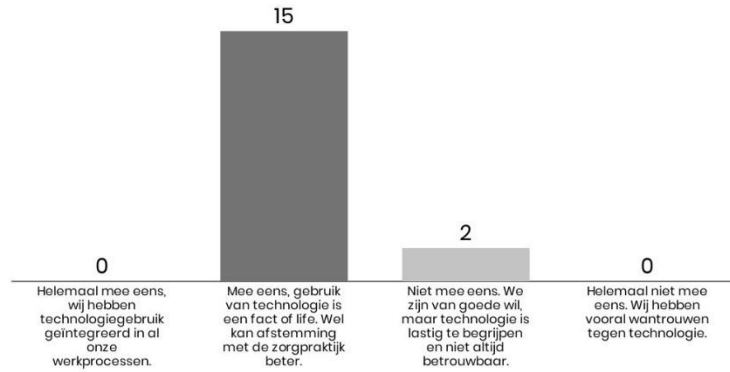
12

Stelling 7. Technologie is een integraal onderdeel van hoe wij werken.

6 maart

Technologie is een integraal onderdeel van hoe wij werken.

TNO



17

13 maart

Technologie is een integraal onderdeel van hoe wij werken.

TNO

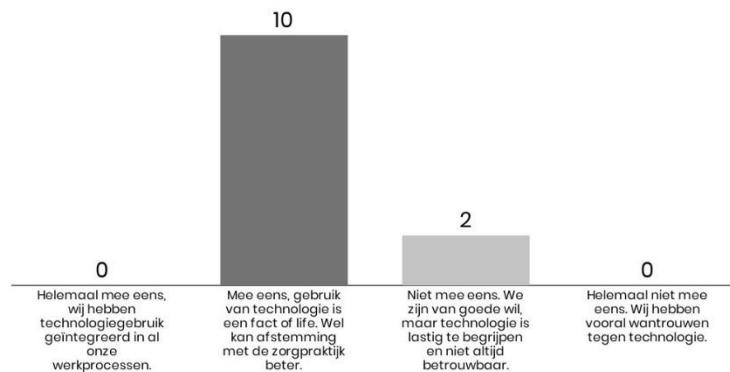


0

20 maart

Technologie is een integraal onderdeel van hoe wij werken.

TNO



12