

Ambient Assisted Living technologie bij mensen met een licht verstandelijke beperking

Een kwalitatief onderzoek naar determinanten van succesvolle implementatie

Tom Brinkhuis

14
december
2015

Tom Brinkhuis (s1438549)

Enschede, december 2015

Begeleiders:

Dr. C. Bode

Msc. H. Kip

Universiteit Twente

Faculteit Gedragswetenschappen

Master Psychologie

Samenvatting

Deze studie heeft zich gericht op het achterhalen van determinanten van personen met een verstandelijke beperking en betrokken zorgprofessionals bij de implementatie van Ambient Assisted Living technologie 'Coachend zorgen' in de gehandicaptenzorg. Onbekend is welke determinanten leiden tot een succesvolle implementatie van technologie bij zorginstanties, vandaar dat dit onderzoek heeft verklaard welke determinanten van belang zijn.

In dit kwalitatief onderzoek is nagegaan welke determinanten behoren tot de context van de gebruikers. Onderscheid werd gemaakt tussen drie subgroepen participanten, namelijk gebruikers, personen op de wachtlijst en oud-gebruikers. Met behulp van de theorie Unified Theory of Acceptance and Use of Technology zijn interviewschema's opgesteld. Door middel van semigestructureerde interviews hebben 8 personen met een licht verstandelijke beperking en 12 zorgprofessionals in een periode van 8 weken deelgenomen. Door bottom-up analyse werd data gecodeerd om determinanten en onderlinge verbanden te verklaren.

Uit de resultaten bleek dat het waarnemen of het verwachten van effecten op de zelfredzaamheid van de cliënt een belangrijke determinant van gebruik was. De motivatie om de technologie in te zetten hing sterk af of zorgprofessionals het profijt van gebruik inzagen. Gebruiksvriendelijk had een directe invloed op het inzetten van de technologie. Tevens het geloof van zorgprofessionals dat zij over voldoende kennis en vaardigheden beschikten bleek van belang. Personen met een verstandelijke beperking stopten met gebruik wanneer het digitaal planbord onvoldoende aansloot op de persoonlijke behoeften en interesses. Gebruikers schepten de voorwaarden dat instellingen aangepast konden worden op persoonlijke voorkeuren, behoeften en interesses. Gebruikers noemden zelf keuzen te willen maken aan de hand van het digitaal planbord en minder afhankelijk wilden zijn van zorgprofessionals. Hierdoor erkenden gebruikers plezier en trots toe aan het zelfstandig ondernemen van alledaagse levensverrichtingen.

Resultaten laten zien dat zorgprofessionals het systeem 'Coachend zorgen' inzetten wanneer zij een positief beeld hadden over de effectiviteit van de technologie. Participanten met een verstandelijke beperking wilden meer autonomie doordat zij zich minder afhankelijk voelden van de zorgprofessional met behulp van de technologie. Psychosociale aspecten, zelfeffectiviteit en beeldvorming over het ontwerp zijn toegevoegd aan het onderzoeksmodel, aangezien persoonlijke factoren ook invloed hebben op gebruikersgedrag. Vervolgonderzoek zou moeten achterhalen of het vergroten van zelfredzaamheid door AAL technologie invloed heeft op de autonomie en kwaliteit van leven van personen met een verstandelijke beperking.

Abstract

The purpose of this study is to investigate the determinants of behavioral intention to use the Ambient Assisted Living technology 'Coachend zorgen' by persons with an intellectual disability and their health care professionals. Determinants for decent implementation are unknown, therefore results of this explanatory research will clarify important determinants.

The aim of this qualitative study is to identify determinants that belong in the consumer use context. Within this study three different groups were identified from the research population. First, the group of users. Secondly, the group that wanted to use the technology and were placed on the waitlist. Finally, the group of persons that stopped using this technology. Interview structures were set up on the basis of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. Data was required through semi structured interviews with 8 persons with an intellectual disability and 12 health care professionals. By bottom-up analyses data was coded to determine important determinants and related concepts.

The results reveal that the belief or known provided benefits for the clients autonomy was an important determinant for technology use. The motivation of health care professionals depended on the image of benefits for using the AAL technology. The usability of the technology had a direct influence to implement the system on location. The degree of usability was determined by the knowledge of the system and the necessary skills to make the system work. Users with an intellectual disability stopped using the technology when it was insufficient to the user-centered context, because a lack of personal options for the users interests and needs. Users with an intellectual disability expressed that they wanted to make choices on their own by using this technology as a consequence that users would be more independent of their health care professionals. When succeed, users assigned joy and pride to their accomplishments of independently undertaking daily activities.

Health care professionals implement this AAL system 'Coachend zorgen' within the work locations when they had a positive impression of the technology it's efficiency. Participants with an intellectual disability wanted more autonomy, because of the perception that they were more independently by using this technology. Personal factors were found to be important for technology use. Consequently a research model is introduced where Psychosocial aspects, Self-efficacy and Attitude are included. Results should be replicated in a broader context to clarify whether AAL technology contribute to the autonomy of persons with intellectual disability. Further research should investigate the influence of AAL technology on enlarging the autonomy and its effect on the quality of life of persons with intellectual disability.

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘Ambient Assisted Living technologie bij mensen met een licht verstandelijke beperking’. Een kwalitatief onderzoek, dat is gehouden onder een zorginstelling voor mensen met een beperking. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de masteropleiding Psychologie aan Universiteit Twente. Van februari 2015 tot en met december 2015 ben ik bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van deze scriptie.

Deze scriptie is geschreven aan de hand van een actuele, praktische probleemstelling. De zorginstantie gaf aan te willen weten welke beweegredenen zorgprofessionals en mensen met een verstandelijke beperking maken om het digitaal planbord te gebruiken. Het digitaal planbord is begin 2012 geïmplementeerd in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Het digitaal planbord maakt onderdeel uit van het systeem 'Coachend zorgen'¹. In samenwerking met een trajectregisseur van deze zorginstantie zijn onderzoeksvragen geformuleerd om de implementatie van het digitaal planbord te evalueren. Graag wil ik alle betrokkenen vanuit deze zorginstantie bedanken voor hun inzet bij dit onderzoek. Ook wil ik de zorginstantie bedanken voor de mogelijkheid om onderzoek te doen naar de implementatie van het digitaal planbord.

Graag wil ik mijn begeleiders vanuit Universiteit Twente bedanken voor de fijne begeleiding en ondersteuning tijdens dit traject. Daarnaast wil ik alle respondenten en verwanten bedanken. Zonder de medewerking van deze personen had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Ik wens u veel leesplezier toe.

¹ Zie de website voor meer informatie: <http://www.pictoplanner.net/>

Inhoud

Voorwoord	3
Introductie	5
Zorgbehoeften van personen met een licht verstandelijke beperking	6
eHealth in de gehandicaptenzorg	7
Ambient Assisted Living technologieën	8
Determinanten van technologiegebruik.....	10
Context van de gebruikers.....	11
Unified Theory of Acceptance and Use of Technology.....	11
Onderzoeksvragen	13
Methode.....	14
Participanten.....	14
Personen met een licht verstandelijke beperking.	15
Zorgprofessionals	15
Werving en selectie.	16
Materialen.....	17
Procedure.....	17
Analyse.....	18
Resultaten	19
Personen met een verstandelijke beperking	19
Ervaren voordelen.	19
Ervaren barrières.	21
Gebruiksverwachtingen.....	22
Samenvatting.....	23
Zorgprofessionals	24
Ervaren effecten.	24
Verwachte effecten.....	27
Ervaren barrières	28
Voorwaarden voor gebruik.....	31
Samenvatting.....	34
Discussie.....	35
Conclusie	38
Literatuurlijst	41
Bijlage 1: Toestemmingsverklaringen.....	45
Bijlage 2: Interviewschema's.....	47
Bijlage 3: Zorgprofielen ZZP VG 3 t/m 6.....	62

Introductie

In Nederland zijn naar schatting in totaal 203.000 personen met een verstandelijke beperking. Daaronder vallen ruim 60.000 personen met een ernstige of matige verstandelijke beperking, waarschijnlijk 110.000 personen met een licht verstandelijke beperking en ongeveer 33.000 zwakbegaafden met een indicatie voor een licht verstandelijke beperking (Woittiez, Ras, & Oudijk, 2012). De term 'licht verstandelijke beperking' staat volgens de internationale richtlijnen van classificatiesystemen (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2013; American Psychiatric Association, 2013) voor personen met een beperking in het intellectueel functioneren dat gepaard gaat met beperkingen in het sociale aanpassingsvermogen. Een licht verstandelijke beperking karakteriseert zich met name door een beperkt vermogen om zich aan te passen in de context van de omgeving door probleemgedrag en achterstand in de cognitieve ontwikkeling (Centrum Indicatiestelling Zorg, 2014; Dôsen, 2010).

Het sociale aanpassingsvermogen bestaat uit vaardigheden die nodig zijn om met de omgeving en met de (sociale) veranderingen om te gaan (Schalock et al., 2010). Cognitieve vaardigheden zijn van belang bij executieve functies, dit zijn denkprocessen die essentieel zijn voor het uitvoeren van sociaal en doelgericht gedrag (Smidts & Huizinga, 2011). Door een achterstand in de cognitieve ontwikkeling ondervinden personen met een verstandelijke beperking moeite met het maken van een planning, leren van fouten, concentreren en de controle op impulsen (De Bruin, 2011). Verder is sprake van een beperkt sociaal aanpassingsvermogen in communicatie, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfverzorging, zelfstandig kunnen beslissen, zelfstandig kunnen wonen, werk, ontspanning, sociale en relationele vaardigheden (Schalock et al., 2010). Vooral door een beperkt sociale aanpassingsvermogen hebben personen met een licht verstandelijke beperking behoefte aan langdurige zorg (Moonen & Verstegen, 2006; Ras, Woittiez, Van Kempen, & Sadiraj, 2010). Daarmee lijkt de complexiteit van de samenleving invloed te hebben in welke mate mensen met een verstandelijke beperking gebruik zullen maken van professionele zorgondersteuning.

In de afgelopen jaren is de intramurale zorgbehoefte – zorg met woonverblijf – voor verstandelijk beperkten sterk toegenomen. Een mogelijke verklaring veronderstelt dat personen met een verstandelijke beperking meer behoefte aan professionele ondersteuning hebben door steeds hogere cognitieve en sociale eisen vanuit de omgeving (Meijer, 2014; Van den Kwartel, 2013; Woittiez, Putman, Eggink, & Ras, 2014). Tussen 2007 en 2011 is de vraag naar zorg met langdurig verblijf voor licht verstandelijk beperkten ieder jaar met ruim zeven

procent toegenomen, daardoor nemen de zorgkosten sterk toe (Ras, Verbeek-Oudijk, & Eggink, 2013). In 2011 is een bedrag van ruim 6,6 miljard besteed aan de zorg voor personen met een verstandelijke beperking en dit staat gelijk aan ongeveer acht procent van de totale zorgkosten van Nederland (Huizinga et al., 2014; Kosten van Ziektenstudie, 2013). Deze kosten zijn te wijten aan een groei van de doelgroep, maar lijkt vooral door maatschappelijke ontwikkelingen en verbeterde diagnostiek te worden veroorzaakt (Ras et al., 2013; Ras et al., 2010). Door ontwikkelingen en bezuinigingen in de samenleving wordt van personen met een verstandelijke beperking meer zelfredzaamheid verwacht, terwijl deze groep de afgelopen jaren meer behoefte heeft gehad aan ondersteuning van zorgprofessionals door de reeds eerder benoemde, toenemende eisen vanuit de maatschappij.

Voor maatschappelijke participatie staan zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid centraal en creëren daarmee de noodzaak voortdurend eigen keuzes te maken. Zo geeft zelfredzaamheid aan in hoeverre personen met een verstandelijke beperking in staat zijn om zichzelf te redden met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg (Schalock et al., 2010). Door de maatschappelijke participatie wordt van deze doelgroep verwacht dat zij zelfredzaam zijn, dus overdag dezelfde bezigheden hebben als personen zonder een verstandelijke beperking zoals werk, hobby's, sociale activiteiten en sport. Ook wordt verwacht dat personen met een verstandelijke beperking zoveel mogelijk zelfstandig wonen (Woittiez et al., 2014). Verwachtingen vanuit de samenleving voor maatschappelijke participatie staan lijnrecht tegenover de zorgbehoeften bij het zelfstandig wonen. Daarom is onderzoek naar de zelfredzaamheid van personen met een licht verstandelijke beperking bij zelfstandig wonen relevant.

Zorgbehoeften van personen met een licht verstandelijke beperking

De mate van verstandelijke beperking staat in verband met onder andere de zwaarte in de behoeften aan professionele zorg bij wonen, begeleiding en verzorging (College Voor Zorgverzekeringen, 2013; Ras et al., 2010). Een licht verstandelijke beperking is chronisch van aard, waardoor deze groep vaak gedurende het gehele leven behoefte heeft aan professionele zorg op alle levensgebieden (Moonen & Verstegen, 2006). Aan de hand van zorgzwaartepakketten (ZZP) wordt in Nederland door het Centraal Indicatiestelling Zorg (CIZ) onderscheid gemaakt in ondersteuningsbehoeften. De ondersteuningsbehoeften, uitgedrukt in hoogte van ZZP, zijn een weerspiegeling van de beperkingen op het gebied van het sociale aanpassingsvermogen.

Sociaal aanpassingsvermogen bestaat onder meer uit de mate van de zelfredzaamheid. Zelfredzaamheid weergeeft de mate van zelfstandigheid in de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) zoals eten, zelfzorg, huishouden en koken. Ook bepalen praktische bezigheden de zelfredzaamheid zoals sport, school, werk en financiën. Vooral door hogere eisen aan de zelfredzaamheid, dat wil zeggen het zelfstandig wonen en school of werk, is het aannemelijk dat de vraag naar zorg hierdoor is gestegen (Woittiez et al., 2014). Het terugdringen van de zorgkosten is te realiseren door interventies te richten op het vergroten van de zelfredzaamheid.

Huidig beleid richt zich op het perspectief om personen met een licht verstandelijke beperking wanneer mogelijk zorg thuis aan te bieden in plaats van intramurale zorg bij zorginstanties (Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2012). Door middel van het inzetten van technologie onder personen met een verstandelijke beperking kunnen zorgbehoeften gecompenseerd worden om zo de intensiviteit van zorg te verminderen (Hammel, Lai, & Heller, 2002; Verdonshot, De Witte, Reichrath, Buntinx, & Curfs, 2009). In de gehandicaptenzorg wordt eHealth technologie al met succes ingezet om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen, of het aanbieden van extramurale zorg met behulp van technologie (Khanna & Kendall, 2008; Van der Velde, Cihangir, & Borghans, 2008).

eHealth in de gehandicaptenzorg

eHealth technologieën bevorderen de gezondheid en ondersteunen de gezondheidszorg doordat kosten beperkt blijven en kwaliteit van zorg wordt vergroot (Van Rijen, De Lint, & Ottes, 2002). Eysenbach (2001) beschrijft de volgende definitie van het concept eHealth technologie: "eHealth is een opkomend gebied in de kruising tussen de medische informatica, de volksgezondheid en het bedrijfsleven, waarbij gezondheidsdiensten en informatie geleverd of ondersteund worden via het internet en aanverwante technologieën". Het concept beschrijft niet alleen het belang van een technologische ontwikkeling, het omvat ook een denkwijze, een houding om de gezondheidszorg te bevorderen door een netwerk van informatie- en communicatietechnologieën te gebruiken (Eysenbach, 2001).

eHealth programma's zouden zich kunnen richten op het sociale aanpassingsvermogen van personen met een verstandelijke beperking. Door sociale situaties virtueel te trainen zijn personen met een verstandelijke beperking beter in staat zich aan te passen aan de sociale omgeving (Standen & Brown, 2005). Zo concludeerden Hall, Conboy-Hill, en Taylor (2011) dat personen met een verstandelijke beperking leren van ervaringen in sociale scenario's door gebruik te maken van een virtuele omgeving. Online platform 'Jouw Omgeving'

(www.jouwomgeving.nl) richt zich op personen met een verstandelijke beperking met de mogelijkheid om door middel van een chatfunctie in contact te komen met zorgprofessionals. Daarnaast worden via dit online platform therapieën aangeboden zoals het programma 'Dappere Kat'. Deze cognitieve gedragstherapie staat bekend om zijn effectieve digitale behandeling van angststoornissen onder jeugdigen met ontwikkelingsproblemen (Khanna & Kendall, 2008). De GPS tracker 'Buzz Buddy' ondersteunt personen met een licht verstandelijke beperking bij het zelfstandig kunnen reizen met het openbaar vervoer. Waardoor deze personen meer zelfredzaamheid krijgen door het zelfstandig reizen (Zorginstituut Nederland, 2011). eHealth technologie 'Het Beeldhorloge' (www.beeldhorloge.nl) richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid in de dagelijkse activiteiten van personen met een verstandelijke beperking. Op het horloge worden de dagelijkse activiteiten in de vorm van afbeeldingen en pictogrammen weergegeven aan de hand van meldingen. Deze eHealth innovaties moeten ingepast worden in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg, waardoor cruciaal is te achterhalen welke factoren leiden tot een succes voor het implementeren van een innovatieve technologie.

Ondanks meer populariteit van ondersteunende eHealth technologieën voor personen met een verstandelijke beperking, is weinig bekend over de implementatie ervan (Friedman & Bryen, 2007; Kane, 2014; Steinhubl, Muse, & Topol, 2013). Daardoor is onbekend welke intenties personen met een licht verstandelijke beperking of zorgprofessionals hebben om gebruik te maken van dergelijke eHealth technologieën. De nadruk ligt vooral op het ontwerpen van het design en minder op de aspecten over hoe de technologie te implementeren (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Het aansluiten op behoeften, motiverende factoren, sociaal-culturele context en het gebruikersprofiel hebben invloed op een succesvolle implementatie van eHealth (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Vooral onderzoek bij personen met een licht verstandelijke beperking is relevant, aangezien weinig tot niets bekend is over welke determinanten leiden tot een succesvolle implementatie van eHealth technologieën bij deze doelgroep.

Ambient Assisted Living technologieën

Ambient Assisted Living (AAL) technologieën zouden de zelfredzaamheid van personen met een verstandelijke beperking kunnen vergroten door de ondersteuning in alledaagse activiteiten. In Europa is het concept AAL technologie onder andere ontwikkeld voor senioren met een beperking in het cognitief functioneren zoals dementerenden. Het concept staat voor het gebruik van innovatie op ICT gebaseerde producten met de doelstellingen om kwaliteit

van leven, zelfstandigheid, deelnemen in de maatschappij en het langer doorwerken te bevorderen en de kosten van zorg te verlagen (Ambient Assisted Living Association, 2012). Gebruikers van AAL technologie krijgen een gezondere levensstijl, een effectievere behandeling en zijn meer onafhankelijk van zorgprofessionals als niet gebruikers (Schülke, Plischke, & Kohls, 2010; Vergados, 2010). Daarbij speelt deze technologie een rol bij preventieve zorgprogramma's en zorgt het bij gebruikers voor meer onafhankelijkheid bij sociale interacties en dagelijkse activiteiten (Sixsmith & Sixsmith, 2008). De mogelijkheden van AAL technologieën sluiten direct aan op de doelstellingen voor het aanbieden van zorg op afstand voor personen met een verstandelijke beperking; de zelfstandigheid vergroten zodat de gebruiker minder afhankelijk zal zijn van intensieve zorg. Echter is weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van AAL technologieën onder personen met een verstandelijke beperking. Hierdoor is niet bekend welke determinanten van het gebruik van AAL technologieën horen bij personen met een verstandelijke beperking.

Het digitaal planbord. Onlangs is een AAL technologisch systeem 'Coachend zorgen' ontwikkeld voor personen met een verstandelijke beperking met als doel om de



Figuur 1. Het digitaal planbord van het systeem 'Coachend zorgen'.

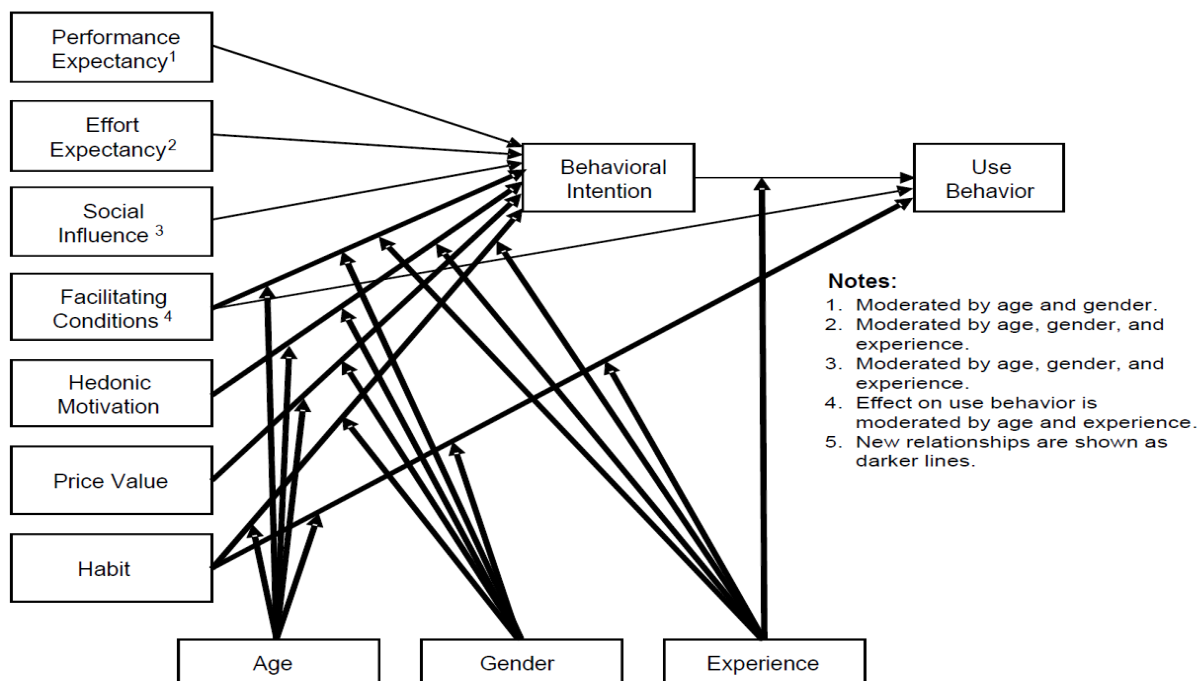
zelfredzaamheid te vergroten (Coachend zorgen, 2011). Het systeem bestaat uit een digitaal planbord, een elektronisch beeldscherm met touchscreen. Deze is voorzien van pictogrammen en fotoafbeeldingen en maakt gebruik van tekst, afbeeldingen en geluiden bij alarmeringen. De gebruiker kan via schematische weergaven het dagdeel (ochtend, middag en avond) bekijken en zien welke activiteiten gepland staan voor de dag, zoals weergegeven in figuur 1. Ook kan de gebruiker bekijken uit welke stappen de activiteit bestaat door het scherm aan te raken. Vervolgens kan de gebruiker de concrete instructies lezen behorende bij de activiteiten waar de gebruiker moeilijkheden bij ondervindt zoals het aanzetten van de wasmachine, volgorde van de vaatwas, het scheiden van wasgoed en de indeling van de koelkast. Tevens kan het systeem de gebruiker alarmeren door middel van geluiden en beeldmateriaal om de gebruiker te helpen herinneren aan bijvoorbeeld het innemen van medicijnen, wat te drinken of voor persoonlijke hygiëne. Het digitaal planbord is bevestigd aan de wand van zijn of haar appartement, waardoor het systeem op ieder moment toegankelijk is en fysieke planborden overbodig zijn. Niet alleen de personen met een verstandelijke beperking gebruiken het digitaal planbord, maar ook zorgprofessionals. Zij gebruiken het digitaal planbord om te communiceren met cliënten door het inplannen van activiteiten of instructies toe te voegen aan de activiteit met behulp van geluiden en beeldmateriaal. Zorgprofessionals kunnen via een rapportagesysteem, dat gekoppeld kan worden op het interne netwerk van de zorginstantie, op eenvoudige wijze toegang krijgen tot het digitaal planbord van desbetreffende cliënten. Bij de implementatie van het systeem 'Coachend zorgen' werd verwacht dat het digitaal planbord invloed heeft op het sociale aanpassingsvermogen van een persoon met verstandelijke beperking en daarmee ook de zelfredzaamheid.

Determinanten van technologiegebruik

Onderzoek naar de ervaringen, gedachten en meningen van gebruikers met een verstandelijke beperking is relevant om te achterhalen welke determinanten voorspellen dat de intentie tot gebruik toe zal nemen voor de implementatie van het digitaal planbord. Het is van belang dat de technologie aansluit op omgeving van de gebruikers waar de technologie geïmplementeerd zal worden, de context van de gebruiker (Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004; Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Voor het achterhalen van determinanten bij de implementatie van eHealth technologie is gebruik gemaakt van het gedragsverklarende model Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003; Venkatesh, Thong, & Xu, 2012).

Context van de gebruikers. Tijdens de ontwikkeling van eHealth projecten ligt de aandacht voornamelijk bij het ontwerpen van het design voor de technologie en minder op de aspecten voor implementatie (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Fleuren et al. (2004) verdelen determinanten onder in vier categorieën: karakteristieken uit de omgeving, van de organisatie, van de gebruiker(s) en de technologie ('innovation') zelf. Het type technologie en de context waarin de technologie geïmplementeerd wordt, bepalen de impact van de verschillende determinanten (Fleuren et al., 2004). Van belang is dat de technologie aansluit op de omgeving van de gebruiker; de persoon die het systeem in gebruik heeft of zorgt dat het systeem goed ingezet wordt (Fleuren et al., 2004). Personen met een verstandelijke beperking worden ondersteund bij het gebruik van eHealth technologieën door zorgprofessionals. Vandaar dat zorgprofessionals en personen met een verstandelijke beperking betrokken zijn als gebruikers van het systeem 'Coachend zorgen'.

Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. Het model van UTAUT theorie (Venkatesh et al., 2003) omschrijft welke determinanten gerelateerd zijn aan het voorspellen van gedragsintenties tot technologiegebruik. Venkatesh et al. (2012) hebben de UTAUT verder ontwikkeld met drie constructen door onderzoek te doen naar determinanten op niveau van de gebruikers, zoals weergegeven in figuur 2. Volgens Venkatesh et al. (2003) heeft de UTUAT een hoge verklarende variantie (70 procent) op het gebruik van een nieuwe technologie. Beide modellen beschrijven welke individuele factoren, determinanten van



Figuur 2. Onderzoeksmodel: UTAUT2. Overgenomen uit Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending The Unified Theory of Acceptance and Use of Technology door V. Venkatesh, J.Y.L. Thong en X. Xu, 2012, *MIS Quarterly*, 36, p. 160.

invloed zijn op de intentie tot gebruik of het gebruik van een nieuwe technologie. Daarom is het voor de implementatie van de technologie van essentieel belang om te achterhalen welke determinanten invloed hebben op de intentie tot gebruik of het gebruik van 'Coachend zorgen'.

Het UTAUT model (Venkatesh et al., 2003) kent vier constructen: 'performance expectancy', 'effort expectancy', 'social influence' en 'facilitating conditions'. Deze vier constructen zijn verantwoordelijk voor verandering in de gedragsintentie en beïnvloed daardoor het gedrag om de technologie te gebruiken (Venkatesh et al., 2003). De theorie suggereert dat geslacht, leeftijd, ervaringen en vrijwilligheid van gebruik modererende variabelen zijn (Venkatesh et al., 2003). Performance expectancy staat voor de mate waarin de gebruiker denkt dat de technologie hem voordeel zal opleveren bij verschillende activiteiten (Venkatesh et al., 2003). Performance expectancy blijkt de sterkste voorspellen te zijn van de gedragsintentie voor technologiegebruik (Venkatesh et al., 2003). Bij effort expectancy gaat het vooral om de ervaren gebruiksvriendelijkheid van de technologie (Venkatesh et al., 2003). Volgens het construct social influence is het gebruik van nieuwe technologie ook sterk afhankelijk van wat anderen vinden van het gebruik, zoals collega's of verwanten (Venkatesh et al., 2003). Het geloof dat ondersteunende middelen ('facilitation conditions') worden aangeboden bij de technologie hebben invloed op zowel de intentie om nieuwe technologie te gebruiken als het gebruikersgedrag (Venkatesh et al., 2003; Venkatesh et al., 2012). Voorbeelden zijn ondersteunende instructies of verkregen kennis en vaardigheden door middel van cursussen en trainingen. Doordat de focus op het perspectief van de organisatie ligt, zullen deze determinanten vooral betrekking hebben op zorgprofessionals en minder gericht zijn op personen met een verstandelijke beperking.

De UTAUT2 van Venkatesh et al. (2012) richt zich meer op het niveau van de gebruiker in plaats van de organisatie door het toevoegen van de constructen: hedonic motivation, price value en habit. De volgende constructen voorspelde technologiegebruik: motivatie door genot en plezier bij gebruik ('hedonic motivation'); een evenwichtige balans tussen kosten en baten ('price value') en wanneer het gebruik een gewoonte wordt ('habit') (Venkatesh et al., 2012). Uit het onderzoek van Venkatesh et al. (2012) is naar voren gekomen dat in context van de gebruiker hedonic motivation belangrijker is dan performance expectancy. Het construct gewoonte zou een sterke voorspeller zijn op het gebruikersgedrag van de nieuwe technologie (Venkatesh et al., 2012). Deze drie determinanten richten zich op het perspectief van de gebruiker, waardoor zij relevant zijn voor het bepalen van determinanten bij met name personen met een verstandelijke beperking.

Onderzoeksvragen

Dit onderzoek had het doel om kennis en inzicht te verkrijgen over de determinanten van gebruik en de gedragsintenties van potentiële gebruikers met een verstandelijke beperking van het technologisch systeem 'Coachend zorgen'. Het probleem deed zich voor dat voorgaand onderzoek zich vooral heeft gericht op gebruikers van AAL technologieën zonder een verstandelijke beperking zoals senioren (Schülke et al., 2010; Sixsmith & Sixsmith, 2008; Vergados, 2010), psychiatrische of chronisch zieke patiënten (Black et al., 2011; Kane, 2014; Khanna & Kendall, 2008). Daarbij wordt de implementatie van de technologie meestal niet uitgevoerd tijdens de ontwikkeling ervan, waardoor ontwerpproblemen niet zijn meegenomen (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Bekend is dat technologische ondersteuning bij personen met een verstandelijke beperking stimuleert tot meer onafhankelijkheid en sociale interacties (Van der Velde et al., 2008; Verdonschot et al., 2009). Daarentegen is onbekend welke determinanten er toe leiden dat een technologische ondersteuning bij personen met een verstandelijk beperking met succes wordt geïmplementeerd bij zorginstanties. Vandaar dat dit onderzoek zich heeft verdiept in het achterhalen van determinanten die bepalend waren voor het gebruik van het digitaal planbord. Door middel van kwalitatief onderzoek zijn belemmerende en bevorderende determinanten van het gebruik van AAL technologie 'Coachend zorgen' in kaart gebracht. Waarom maken of willen personen met een verstandelijke beperking met intramurale zorgbehoeften gebruik (maken) van Ambient Assisted Living technologie? En waarom maken of willen zorgprofessionals gebruik (maken) van Ambient Assisted Living technologie? Om hier antwoord op te krijgen, heeft dit onderzoek zich gericht op de volgende vragen:

- (1) Welke determinanten zijn bepalend voor het gebruik van 'Coachend zorgen' onder personen met een licht verstandelijke beperking en zorgprofessionals?
- (2) Welke determinanten zijn bepalend om gebruik te willen maken van 'Coachend zorgen' onder personen met een licht verstandelijke beperking op de wachtlijst en zorgprofessionals?
- (3) Welke determinanten zijn bepalend om te stoppen met het gebruik van 'Coachend zorgen' onder personen met een verstandelijke beperking en zorgprofessionals die zijn gestopt?

Methode

Participanten

Dit onderzoek richtte zich op twee verschillende groepen participanten. Participanten met een verstandelijke beperking en de verbonden persoonlijk begeleiders, de zorgprofessionals. De twee onderzoeksgroepen zijn onderverdeeld in drie subgroepen: 'gebruikers', 'wachtlIJst' en 'stoppers'. De gebruikersgroep had minimaal 4 weken gebruik gemaakt van het digitaal planbord voordat het interview plaats vond en maakte op dat moment gebruik van de technologie. De wachtlijstgroep stond op moment van onderzoek op de wachtlijst om gebruik te gaan maken van het digitaal planbord. Participanten uit de stoppersgroep hebben minimaal 4 weken achtereenvolgend gebruik gemaakt van het digitaal planbord. Op moment van selectie maakten zij geen gebruik van de technologie voor de duur van minimaal 4 weken. Participanten zijn verkregen uit een convenience steekproef, vanwege de moeilijke bereikbaarheid van deze specifieke populatie. Participanten zijn geselecteerd op volgorde van een toegekend nummer door een kansgenerator, nadat zij toegekend zijn aan een subgroep.

Tabel 1:

Beschrijvende gegevens onderzoeksgroepen.

		Licht verstandelijke beperkten			Zorgprofessionals van licht verstandelijke beperkten		
		Gebruikers	WachtlIJst	Stoppers	Gebruikers	WachtlIJst	Stoppers
Participanten		6	0	2	4	4	4
Leeftijd (range)		45 (35,52)		41 (24,57)	54 (45,58)	51 (36,59)	44 (30,57)
Geslacht	Vrouw	4		0	4	3	3
	Man	2		2	0	1	1
Locaties		4		2	4	3	4
ZZP	VG3	1		2			
	VG4	2					
	VG5						
	VG6	3					

Opmerking. ZZP= soort zorgzwaartepakket, Locaties= aantal verschillende zorglocaties waar participanten woonden. Leeftijd = Gemiddelde leeftijd in jaren (min. leeftijd, max. leeftijd).

In verband met de inclusie- en exclusiecriteria konden er geen participanten met een licht verstandelijke beperking geselecteerd worden voor de subgroep 'wachtlIJst'. In totaal hebben 8 participanten met een licht verstandelijke beperking (gemiddelde leeftijd van 44 jaar (SD=10.2)) deelgenomen aan dit onderzoek, waarvan 4 mannen en 4 vrouwen. Deze 8 participanten waren woonachtig in 5 afzonderlijke woonlocaties. De subgroep 'gebruikers'

bestond uit 6 en de subgroep 'stoppers' uit 2 participanten. Drie personen met een verstandelijke beperking (van iedere subgroep 1) wilden na uitnodiging niet meedoen. In tabel 1 zijn de ZZP weergegeven per subgroep.

In totaal hebben 12 zorgprofessionals (gemiddelde leeftijd van 49 jaar (SD=9.4)) deelgenomen, waarvan 2 mannen en 10 vrouwen. Deze 12 zorgprofessionals werkten op 9 afzonderlijke woonlocaties. De subgroepen 'gebruikers', 'wachtlIJst' en 'stoppers' waren opzichzelfstaand vertegenwoordigd door 4 zorgprofessionals, voor geslacht zie tabel 1.

Personen met een licht verstandelijke beperking. De onderzoeksgroep participanten met een licht verstandelijke beperking hadden een leeftijd tussen de 24 en 57 jaar. Personen voldeden aan inclusie criteria wanneer zij minimaal 4 weken van het digitaal planbord gebruik maakten, of hebben gemaakt voor persoonlijke doeleinden. Of wanneer zij aangemeld waren voor de wachtlIJst. Uitgenodigde personen wilden vrijwillig meedoen aan het interview door vooraf zowel schriftelijk als mondeling toestemming te hebben verleend. Personen hadden een persoonlijke woonruimte, zonder deze te delen met andere medebewoners. Alle participanten waren woonachtig bij dezelfde zorginstelling in de provincie Gelderland regio Oost-Gelderland. Alle participanten met een zorgzwaartepakket van ZZP-VG 3 t/m 6 waren meegenomen voor selectie, zie bijlage 3 voor de zorgprofielen (ZZP).

Onder de exclusiecriteria behoorden personen waarvan de wettelijk vertegenwoordigers geen toestemming hebben verleend om desbetreffende persoon uit te nodigen voor het onderzoek of persoonlijk begeleiders deelname aan het onderzoek sterk afraden. Bij ernstige communicatieproblemen waren personen niet meegenomen voor selectie, dit bij dysartrie of een ernstige achterstand in de spraakontwikkeling. Personen met >ZZP-VG 6 zijn niet meegenomen voor selectie, gezien de ernstige fysieke beperkingen. Alle mogelijke gebruikers jonger dan 18 jaar waren niet meegenomen voor selectie. Tevens beschikten deze jeugdigen niet over een persoonlijke woonruimte.

Zorgprofessionals. De onderzoeksgroep zorgprofessionals hadden een leeftijd tussen de 30 en 59 jaar. Zorgprofessionals waren geselecteerd, doordat zij gekoppeld zijn aan de geselecteerde participant met een licht verstandelijke beperking vanwege het persoonlijk begeleiderschap. Een persoonlijk begeleider coördineert de dienstverlening rond de cliënt en begeleidt, ondersteunt en verzorgt cliënten bij de diverse activiteiten zoals vastgesteld in het zorgplan. De persoonlijk begeleider zorgt voor afstemming van de activiteiten op de mogelijkheden van de cliënt. Deze zorgprofessionals maakten gebruik van het digitaal planbord om de cliënt te begeleiden bij het zelfstandig kunnen wonen en het vergroten van de zelfredzaamheid. Door de persoonlijk begeleider te betrekken werd verwacht informatie over

de context van de gebruiker te achterhalen. Inclusiecriteria bestonden uit het vrijwillig ondertekenen van een toestemmingsverklaring, het vervullen van persoonlijk begeleiderschap bij geselecteerde cliënt, het uitoefenen van ondersteuning aan de cliënt door gebruik te (kunnen) maken van 'Coachend zorgen' en het bepalen van persoonlijke zorgdoelen voor geselecteerde cliënten.

Werving en selectie. Alle participanten met een licht verstandelijke beperking waren geselecteerd aan de hand van een steekproeflijst. Deze logistieke lijst, de steekproeflijst, was bijgehouden na de implementatie van 'Coachend zorgen' per cliënt. Deze steekproeflijst is opgesteld door het secretariaat van de organisatie aan de hand van aanmeldingen en afmeldingen. De steekproeflijst omvat gegevens zoals de inschrijfdatum (wachtlIJst), datum van starten, eventuele stopdatum, demografische gegevens, hoogte ZZP, woonlocatie en soort gebruik: persoonlijk- of groepsgebruik. De steekproeflijst is opgedeeld in drie subgroepen en gerangschikt op datum van inschrijving, hierdoor zijn gebruikers op ervaring gerangschikt. De wachtlIJst bestond uit een grootte van 10 cliënten en vormde de steekproeflijst voor de subgroep 'wachtlIJst'. De steekproeflijst van participanten uit de subgroep 'gebruikers' en 'stoppers' bestond uit een grootte van 37 gebruikers en 14 stoppers.

Door middel van een aselechte gestratificeerde steekproeftrekking zijn drie niet overlappende groepen in 2 rondes uitgenodigd aan de hand van Research Randomizer (Urbaniak & Plous, 2015). Ten eerste 15 participanten (5 uit iedere subgroep) en ten tweede 26 participanten (15 gebruikers, 5 wachtlIJst, 6 stoppers). Volgens de in- en exclusiecriteria waren na de eerste ronde 2 participanten met een licht verstandelijke beperking geselecteerd tot de gebruikersgroep. In de eerste ronde waren 12 zorgprofessionals geselecteerd aan de hand van de eerste 15 geselecteerde participanten met een licht verstandelijke beperking. Zo waren 4 zorgprofessionals geselecteerd voor iedere subgroep: gebruikers, wachtlIJst en stoppers. Na de tweede ronde waren 6 participanten met een verstandelijke beperking geselecteerd, namelijk 4 voor de subgroep 'gebruikers' en 2 voor de subgroep 'stoppers'. Er is gekozen voor een tweede ronde om participanten te bereiken voor de subgroep 'stoppers' en 'wachtlIJst'.

Vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep personen met een verstandelijke beperking was zorgvuldig om gegaan met het werven van participanten. Voorafgaand aan de interviews was toestemming gevraagd van wettelijk vertegenwoordigers en oordeelden zorgprofessionals over de mogelijke invloeden op de cliënt. Beide onderzoeksgroepen hebben via een informed consent aangegeven voldoende te zijn geïnformeerd en op vrijwillige basis wilden deelnemen. De toestemmingsverklaringen en informed consent zijn opgesteld conform

de richtlijnen van het Nederlands Instituut van Psychologen voor het aangaan van en voortzetten van een professionele relatie (art. III.3.2).

Materialen

Dit beschrijvend onderzoek bestond uit een kwalitatieve case studie naar het gebruik van 'Coachend zorgen' onder personen met een licht verstandelijke beperking en zorgprofessionals. Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met participanten met een licht verstandelijke beperking en zorgprofessionals. Deze interviews zijn volgens geschreven protocollen uitgevoerd door de onderzoeker. De interviewer heeft herhaaldelijk gebruik gemaakt van controlevragen om interpretatie te minimaliseren, bijvoorbeeld 'Dus wat u stelt is dat..?' of 'Hoe komt dit tot u over?'. Voorafgaand was een interviewschema opgesteld met open vragen, zie bijlage 2. Open vragen waren met name gericht op de theoretische constructen van UTAUT (Venkatesh et al., 2003; Venkatesh et al., 2012). Ieder construct werd gedefinieerd en verbonden aan een hoofdvraag. Daarbij kwamen ook onderwerpen aan bod zoals redenen voor gebruik of stoppen, attitude, tevredenheid, gebruiksovereenkomst en sociale normen. Voor ieder onderwerp is een hoofdvraag opgesteld met bijhorende deelvragen. Wanneer antwoord op de hoofdvraag helder geformuleerd kon worden, werd het volgende onderwerp bevraagd. Tijdens het interviewen is gebruik gemaakt van een iPad, die beschikte over beeldmateriaal van het digitaal planbord. Met als doel participanten die gestopt waren het digitaal planbord te laten zien met afbeeldingen. Alle interviews waren ingepland voor de duur van 30 tot 45 minuten en vonden plaats in een aaneengesloten periode van 8 weken. Om te voorkomen dat reflexiviteit heeft plaats gevonden, was een gedragsdeskundige betrokken bij het opstellen van de vragenlijsten voor personen met een verstandelijke beperking. Deze gedragsdeskundige heeft de vragenlijst bekritiseerd op inhoud, belastbaarheid en geschiktheid voor deze doelgroep.

Procedure

Zorgprofessionals waren aan de hand van een persoonlijk e-mailbericht uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Bij positieve kennisgeving was op korte termijn een afspraak gemaakt om het interview uit te voeren. In overleg met zorgprofessionals heeft het interview plaats gevonden in een afgesloten ruimte op de werklocatie of een privéruimte op het zorgkantoor. Een interview duurde gemiddeld 45 minuten (SD=9).

Na de selectieprocedure waren geselecteerde participanten met een verstandelijke beperking via een mail uitgenodigd, waarin werd verwezen naar een videobericht. Door middel van een videobericht werd verwacht dat deze doelgroep informatie beter kon

verwerken en begrijpen. Voordat deze mail werd gestuurd naar desbetreffende participanten, waren betrokken persoonlijk begeleiders telefonisch bevraagd naar de mentale gesteldheid van desbetreffende participant. Zorgprofessionals hadden in hetzelfde telefonisch gesprek instructies gekregen op welke wijze het videobericht te introduceren en te bekijken. Ook kregen zorgprofessionals te horen wanneer dezelfde instructies met videobericht per email werden opgestuurd. Vervolgens zijn tijdsafspraken gemaakt met participanten om in de woonomgeving van de participant het interview te houden. Dit heeft het voordeel dat het digitaal planbord aanwezig zal zijn bij gebruikers, participanten niet hoeven te reizen, participanten zich begeven in een bekende en ontspannen omgeving dat eventueel positieve invloed heeft op de spraakzaamheid. Een interview duurde gemiddeld 22 minuten (SD=5).

Analyse

De verkregen data is geanalyseerd met behulp van de software Atlas TI versie 7.0. Alle interviews zijn met toestemming opgenomen door middel van een voicerecorder. Audio-opnamen zijn getranscribeerd naar uitgeschreven tekst. Door het analyseren van kwalitatieve data werden determinanten verklaard voor het gebruik van AAL technologie. Analyse bestond uit het structureren van data door transcripten te ordenen aan de hand van fragmenten: herhaalde woorden, zinnen en besproken thema's. Vervolgens deze te categoriseren naar onderwerpen onder de noemer subcodes. Bijvoorbeeld herhaalde woorden zoals 'zelfredzaam', 'meerwaarde', 'zelfstandigheid', 'onafhankelijk' waren gevormd tot de subcode: Stimuleren zelfstandigheid. Na het overzicht van onderwerpen zijn verbanden gelegd door subcodes te ordenen en vervolgens deze te vergelijken met behulp van relevante besproken theorieën en modellen. Hier is bottom-up te werk gegaan om van specifieke data tot een algemeen construct te komen. De subcode 'Stimuleren zelfstandigheid' werd gekoppeld aan de code 'Ervaren effecten'. Vervolgens zijn deze codes vergeleken met de UTAUT theorie, zoals de code 'Ervaren effecten' overeenkomt met het construct 'Performance expectancy' (Venkatesh et al., 2003; Venkatesh et al., 2012). Data verkregen van zorgprofessionals en participanten met een verstandelijke beperking zijn onderling met elkaar vergeleken op gelijkenissen in fragmenten en subcodes.

Resultaten

Data verkregen door interviews met zorgprofessionals en personen met een verstandelijke beperking worden weergegeven in tabel 2 en 3. Onderscheid is gemaakt tussen twee onderzoeksgroepen, namelijk personen met een verstandelijke beperking en zorgprofessionals. In de tabellen zijn alle gecodeerde data schematisch weergegeven en onderverdeeld in codes en subcodes. De inhoud van de subcodes wordt samengevat en beschreven aan de hand van uitspraken door zorgprofessionals en personen met een verstandelijke beperking.

Personen met een verstandelijke beperking

In tabel 2 zijn de codes en subcodes onder personen met een verstandelijke beperking schematisch weergegeven:

Tabel 2:

Genoemde onderwerpen in de interviews met personen met een licht verstandelijke beperking weergegeven per subgroep (n=8).

			Participant*	
Code	Subcode	Freq.	G	S
Ervaren voordelen				
EV1	Overzicht van activiteiten	29	6	2
EV2	Voorspelbaarheid aanwezigheid personeel	15	5	1
EV3	Gebruiksvriendelijkheid	10	5	1
EV4	Reminders	13	3	2
Ervaren barrières				
EB1	Afhankelijkheid	37	5	2
EB2	Financiën	4	2	
EB3	Beeldvorming	4	1	1
Gebruiksverwachtingen				
GV1	Personalisatie	11	2	1
GV2	Fotoafbeeldingen	9	5	1
GV3	Mobiele applicatie	5	0	2

Opmerking. *G= subgroep gebruikers, S= subgroep Stoppers, Participant= aantal participanten waar de (sub)codes werd gevonden, Freq.= frequentie besproken thema.

Ervaren voordelen. Participanten kenden hoofdzakelijk een viertal voordelen toe aan het gebruik van het digitaal planbord.

Overzicht van activiteiten. Gebruikers konden door het digitaal planbord benoemen welke activiteiten ze hadden gepland voor een dagdeel en hoe laat deze activiteiten gepland stonden. Op de vraag wat ze vandaag te doen hebben, liepen participanten 14, 16, 17 en 19

naar het digitaal planbord voor informatie. Zo vertelde participant 16 wat ze de volgende ochtend ging doen, namelijk: *"Aankleden, wassen, eten en tanden poetsen."* Andere participanten, 13 en 15, konden de volgorde van activiteiten uit het geheugen terughalen. Participant 13 (G) vertelde het volgende aangeleerd te hebben: *"Dat ik om half zes moet eten. Kwart over zes moet ik wandelen. Kwart voor zeven, ja activiteiten. Dat is knutselen of inkleuren of loomen of wat dan ook. Of computeren of wat dan ook. En dan om tien uur, om tien uur naar bed. Dan tandenpoetsen en naar bed."* Participanten gaven aan dat ze door gebruik van het digitaal planbord de dagelijks terugkerende activiteiten hebben aangeleerd en deze konden terughalen uit het geheugen. Wekelijkse activiteiten zoals sporten, bezoek en verenigingen werden met behulp van het digitaal planbord opgezocht.

Participanten noemden door het digitaal planbord te weten hoe laat het is. Door moeilijkheden met klokkijken konden niet alle participanten concreet benoemen welke tijd de activiteit gepland stond, wel in welke volgorde. Door te kijken op het digitaal planbord konden participanten zien welke activiteit op dat moment gepland stond en dit koppelen aan een tijdsbepaling.

Voorspelbaarheid aanwezigheid personeel. Het digitaal planbord geeft participanten continuïteit in welk personeel aanwezig zal zijn op een bepaald dagdeel. Vier participanten (13, 14, 15, 16) noemden het digitaal planbord te gebruiken om te kijken welke personen ondersteuning zouden geven bij bepaalde activiteiten zoals douchen, opstaan en dergelijke. Zo gaf participant 14 aan wat er leuk is aan het digitaal planbord, namelijk: *"Dat ik kan zie wie er komen. Dadelijk is [naam] en [naam].[...] Ja, wie er allemaal op dienst zijn allemaal. Dat vind ik echt heel belangrijk."*

Gebruiksvriendelijkheid. Gebruikers beschreven dat zij eenvoudig overweg konden gaan met het digitaal planbord. Gedurende het interview konden alle participanten met een digitaal planbord voordoen hoe zij gebruik maakten van het digitaal planbord. Daarin kwam naar voren dat bepaalde participanten (14, 15) het digitaal planbord gebruikten als statisch scherm door alleen naar de afgebeelde planning te kijken. Andere participanten (16, 17, 19) gebruikten mogelijkheden van het digitaal planbord zoals het aanklikken van een activiteit voor een toelichting, 'swipen' van het beeldscherm naar andere dagen, veranderen van het dagdeeloverzicht (ochtend, avond, dag en week) en het vergroten van foto's van ingeroosterde zorgprofessionals. Een gebruiker (13) kon door technische mankementen niet demonstreren hoe de persoon het digitaal planbord gebruikte.

Reminders. Gebruikers hadden de behoefte dat het digitaal planbord herinnert om een bepaalde activiteit te starten. Vijf participanten gaven aan dat zij op moment van onderzoek

graag werden herinnerd door middel van een akoestische melding. Participant 17 (G) vertelde het volgende over een herinnering via een melding: *"Als ik z'n pieptoon hoor dat ik dan eerst ga kijken wat ik moet doen op het planbord en dan ga ik het doen."* Participanten werden door de akoestische melding herinnert om te kijken op het digitaal planbord.

Ervaren barrières. In het interview met gebruikers merkten verschillende participanten op wat zij niet leuk vonden aan het digitaal planbord. Deze opvatting zal het gebruik van het digitaal planbord doen remmen, vandaar dat genoemde omstandigheden worden beschouwd als ervaren barrières.

Afhankelijkheid. Gebruikers van het digitaal planbord raadpleegden het beeldscherm om informatie te krijgen over het tijdspad van activiteiten, de volgorde en welk personeel aanwezig is. Afwijkingen tussen realiteit en informatie op het digitaal planbord zorgden voor stressvolle situaties. Gebruikers noemden gestrest te zijn wanneer het digitaal planbord niet de juiste informatie toonde. Het volgende dialoog geeft een situatie weer waarin de gebruiker zich afhankelijk voelt van het digitaal planbord.

Participant 14 (G): "Ik wil graag woonoverleg er op hebben, omdat het er niet opstaat."

Interviewer: "Waarom wil je dat dan?" Dan kan ik zien of ik woonoverleg heb. Dat woonoverleg staat er nu niet bij in. Kun jij dat er opzetten dan, dat woonoverleg?"

Wanneer het digitaal planbord niet gebruikt kon worden door een technisch mankement, raakten participanten gedemotiveerd. Zo zorgde het wegvallen van een akoestische melding, voorafgaand aan een activiteit, voor frustratie bij een van de participanten. Zo legde participant 17 (G) haar frustratie uit: *"Want dan zit ik achter de computer spelletjes te doen en dan vergeet ik dingen te doen. Zoals goede tijden is dan al bezig en dan vergeet ik om te kijken. En dat kijk ik heel graag op televisie."* Gebruikers vertrouwden op het digitaal planbord, wanneer deze in gebreken blijft dan frustreerde dit de gebruiker door invloeden op de planning.

Financiën. De kosten voor het digitaal planbord werden door twee participanten benoemd, waarvan één participant aangaf te willen stoppen met het digitaal planbord.

Participant 13 (G): "Nee. Maar kijk je moet dus tien euro betalen maar dan moet hij het ook doen. Iets wat niet doet daar wil ik eigenlijk geen geld, die tien euro, voor betalen."

Beide participanten schepten de voorwaarde dat het digitaal planbord het ten alle tijden moet doen om er kosten voor te maken.

Beeldvorming. Het digitaal planbord hangt in de woonkamer van de gebruiker en houdt onvoldoende rekening met het beeld dat anderen krijgen van de gebruiker. Twee

participanten gaven aan dat het digitaal planbord te opzichtig is, waardoor anderen kunnen inzien wat de persoon doet en hulp nodig heeft van het digitaal planbord.

Participant 18 (S): "Bij mij was het één nadeel, dat ik veel vrienden op bezoek krijg. Dan zien ze het bord en dat is eigenlijk een negatief beeld, dat krijgen ze. Dat denken ze dan over mij."

Gebruiksverwachtingen. In het interview was gesproken over wat participanten van het digitaal planbord verwachten.

Personalisatie. Participanten verwachtten dat het digitaal planbord aan te passen is op de persoonlijke voorkeuren en behoeften in gebruik. Participanten wilden graag herinnerd worden aan een activiteit door zelf te kiezen welke wijze zij herinnerd worden. Participanten verwachtten verschillende tonen te kunnen instellen of een ingesproken tekst. Zo gaf participant 17 (G) het volgende aan over deze wijze van herinnering: *"Ja als er een pieptoon op zit vind ik dat wel handig, dan weet ik dat ik het kan doen. Want als ik niks hoor dan blijf ik gewoon achter de computer zitten doen."* Deze gebruiker had de verwachting dat het digitaal planbord aangeeft wanneer het tijd is om een activiteit te gaan starten. Een ander voorstel was een akoestische melding van een stem dat uitspreekt welke activiteit te gaan doen. Ook wilde een participant (18 (S)) eigen regie in optiemogelijkheden door zelf te bepalen bij welke activiteit een akoestische melding wordt ingesteld en aan te kunnen vinken wanneer een activiteit is afgelopen.

Participant 18 (S): "Gewoon concrete tijden en goede afspraken. En dat je zelf kunt aanvinken wanneer je het gedaan had. [...] Ja dat je hup, een vinkje kunt neerzetten zodat de begeleiders niet iedere keer hoeven te vragen heb je dit gedaan of heb je dat gedaan."

Participanten verwachtten dat het digitaal planbord meer gebruik zou maken van kleuren, aangezien deze gebruiker niet kon lezen. *"Omdat ik niet kan lezen, maar ik kan wel de kleuren zien. Dan weet ik oja, groen maandag."*, aldus participant 19. Aan de hand van kleuren benoemde gebruikers te kunnen bepalen welke dag het is en welke activiteiten hier aan verbonden zijn.

Fotoafbeeldingen. Alle gebruikers prefereerden het gebruik van fotoafbeeldingen door de koppeling aan persoonlijke ervaringen. Zo werd participant 15 het volgende gevraagd: *'Waar kijk jij dan naar?' "Foto's."* Een andere gebruiker had een foto van zichzelf met een taxichauffeur afgebeeld in het digitaal planbord. Op de vraag wat er op de foto staat, gaf deze participant (16) het volgende antwoord: *"Een auto. Interviewer: "Wat is dat voor een auto?" Valys. Een taxi. Dan ga ik met de taxi naar huis."* Aan de hand van een fotoafbeelding wist deze gebruiker welke activiteit verbonden was aan de foto, namelijk met de taxi op bezoek

naar huis. Ook wilde participanten graag meer foto's in de dagplanning, dit vonden zij mooier en leuker. Daarbij werd benoemd dat afbeeldingen groter weergegeven mogen worden.

Mobiele applicatie. Oud-gebruikers wilden een mobiel digitaal planbord, dat kan worden meegenomen naar werk of bezoek. *"Ik had het liefst, ja, wat ik ook tegen de rest van de begeleiders heb gezegd dat ze een applicatie zouden maken voor de tablet. Een tablet heb ik 24 uur bij de hand."*, aldus participant 18 (S). Het belang om ten alle tijden de planning te kunnen inzien en zijn planning volgens afspraken met zorgprofessionals te kunnen veranderen. Participant 18 (S) verwoordde: *"Zelf kunnen invoeren wat je hebt die week. Die maand. Ik heb elke maand, bij mij is het verschillend met drukte."* Vervolgens zijn oud-gebruikers een gedeelde mailagenda gaan gebruiken voor de planning of een mobiel apparaat zoals een tablet met hetzelfde softwareprogramma.

Samenvatting

Gebruikers met een licht verstandelijke beperking beschreven de volgende voordelen: gebruikers hadden een chronologisch overzicht van de activiteiten op die dag, konden zien welk personeel aanwezig is, ervoeren het als een gebruiksvriendelijk systeem en vonden reminders prettig ter herinnering. Daarentegen ervoeren gebruikers afwijkingen op de inhoud van het systeem, gebruikerskosten en de constante aanwezigheid van het beeldscherm als barrières. Gebruikers verwachtten dat het systeem aan te passen is aan persoonlijke voorkeuren en behoeften, veelal gebruik gemaakt wordt van fotoafbeeldingen en het systeem zijn mobiliteit wordt vergroot.

Zorgprofessionals

In tabel 3 zijn de codes en subcodes onder zorgprofessionals schematisch weergegeven:

Tabel 3:

Genoemde onderwerpen in de interviews met zorgprofessionals. Subgroepen zijn onderscheiden.

		Gebruikers (n=4)		WachtlIJst (n=4)		Stoppers (n=4)	
Code	Subcode	Freq.	Part.	Freq.	Part.	Freq.	Part.
Ervaren effecten							
EE1	Stimuleren zelfstandigheid	28	4	19	4	14	4
EE2	Positieve gemoedstoestanden	28	4	31	4		
EE3	Ondersteuning bij communicatie	31	4	10	4		
Verwachte effecten							
VE1	Inzet voor zelfstandigheid			20	4	22	4
VE2	Rustgevend			13	3		
VE3	Eenduidigheid			6	3	6	4
Ervaren barrières							
EB1	Technische mankementen					14	2
EB2	Computervaardigheden	21	4	10	4	12	4
EB3	Motivatie van cliënt					12	3
EB4	Beeldvorming digitaal planbord					5	4
EB5	Financiële kosten en baten	14	4	10	3	9	3
Voorwaarden voor gebruik							
V1	Doelgericht inzetten	18	4	24	4	14	4
V2	Flexibiliteit systeem	14	4	20	4	10	4
V3	Betrouwbaarheid	14	4	11	4		
V4	Financiering	9	2	8	3		
V5	Sociale invloeden	8	3	25	4		
V6	Vaardigheden van cliënt			9	3		

Opmerking. Part.= aantal participanten waar de (sub)codes werd gevonden, Freq. = frequentie besproken thema.

Ervaren effecten. De motivatie van zorgprofessionals om gebruik te maken van het digitaal planbord lijkt te ontstaan door zichtbare effecten op gedrag van de gebruikers. Deze extrinsieke motivatie van zorgprofessionals werd omschreven als een bepalende factor voor actief gebruik. Zorgprofessionals benoemden de volgende waargenomen effecten bij het gebruik van het digitaal planbord.

Stimuleren zelfstandigheid. Zorgprofessionals, met uitzondering van participanten die gestopt zijn met gebruik, gaven aan dat een digitaal planbord gebruikers kan helpen bij het zelfstandig ondernemen van activiteiten. Zorgprofessionals ervoeren invloeden op de zelfstandigheid wanneer zij bij activiteiten geen gedragsinstructies gaven of de activiteit niet gezamenlijk hoefden uit te voeren. Ook wanneer zorgprofessionals minder hoefden te

controleren op alledaagse levensverrichtingen. Dit uit zich onder andere in het op eigen initiatief ondernemen van activiteiten, zoals naar voren komt in de volgende uitspraak:

Participant 1(G)²: "Met het uitlaten van de hond, bijvoorbeeld. Kwart voor zeven de hond uitlaten, elke avond, een half uur lang. [...] Dat je niet als begeleiding er heen moet om het te zeggen, maar dat het gewoon zelfstandig gebeurt."

Zorgprofessionals herkenden een positief effect op de zelfstandigheid van gebruikers door het minder vragen stellen naar de dagstructuur. Zorgprofessionals beredeneerden dat gebruikers door het digitaal planbord zelfstandig informatie zoals tijd en soort activiteit konden ophalen. Door zichtbare effecten bij huidige gebruikers, kozen participanten uit de subgroep 'wachtlíjst' ervoor om hun cliënt op de wachtlíjst te zetten. Zorgprofessionals verwachtten actief gebruik te maken van het digitaal planbord, mits het effect heeft op de cliënt.

Participant 7(W)³: "Ik vind het gewoon voor de cliënten die nu gebruik maken van het digitale planbord, vind ik het gewoon een aanwinst. Daarom, dat geeft mij een gevoel van 'hey jongens, daar moeten we mee door gaan'."

Door het ontbreken van groei in zelfstandigheid, raakten zorgprofessionals niet gemotiveerd en gebruikten zij het digitaal planbord minder bij het indelen van de dagstructuur van de cliënt. Zo stelden deze zorgprofessionals het volgende:

Participant 12 (S)⁴: "Ik kon niet op dat ding vertrouwen dat we er zo vaak mee werkten dat [de cliënt] er op een gegeven moment zelf dat overzicht pakte. Zo van 'dit gaat er vanavond gebeuren' en dat het planbord mijn stukje begeleiding uit handen nam, dat is niet zo geweest."

Participant 10 (S): "Eerst waren we heel enthousiast. Het leek ook wel te werken. Later zakte dit af. Je zag gewoon dat het niet werkte, en dan heeft het geen zin. Dan was het ook snel van nu stoppen we ermee. We hebben wel gekeken of er meer mogelijkheden waren met het digitale planbord, maar dit was er niet dus waren we gestopt."

Positieve gemoedstoestanden. Volgens zorgprofessionals had het digitaal planbord een ontspannende invloed op gebruikers gedurende de dagstructuur en beoordeelden gebruikers eigen prestaties positiever. Het bood de gebruiker houvast, plezier, structuur en rust wanneer gebruikers op ieder moment van de dag kunnen zien wie er bijvoorbeeld op dienst is of welke activiteiten gepland staan op de avond. Zo verwoordde deze zorgprofessional:

Participant 8 (W): " Doordat dingen duidelijk zijn heeft de cliënt meer rust, is meer ontspannen. [...] Er is één cliënt, als er een vrije dag is en het digitale planbord wordt niet gevuld dan merken we het wel gewoon gelijk. Dan is ze boos, mopperig."

² (G) = Participant uit de subgroep: Gebruikers.

³ (W) = Participant uit de subgroep: Wachtlíjst.

⁴ (S) = Participant uit de subgroep: Stoppers.

Zorgprofessionals benoemden dat gebruikers eigen prestaties bij het uitvoeren van bepaalde activiteiten positiever beoordeelden en dit een positief effect had op de waardering over welke vaardigheden ze beschikken, ofwel de eigenwaarde van de cliënt. Evenwichtige gemoedstoestanden onder gebruikers zorgden in deze dat zij zichzelf positief beoordeelden omtrent zelfstandigheid in huishoudelijke taken, zich onafhankelijk voelen en het hebben van positieve emoties.

Participant 7 (W): "Op die manier hebben ze meer gevoel van, ze zien hoe laat dat ze klaar moeten staan en daardoor hebben ze een heel stukje meer gevoel van dat ze zelf het in de hand hebben en in de hand kunnen houden. Ja, dat ze zichzelf ook meer waarde schatten."

Ondersteuning bij communicatie. Het digitaal planbord werd door zorgprofessionals gezien als een communicatiemiddel die ondersteunt bij het plannen van de dagstructuur. Het digitaal planbord leidde tot inhoudelijke afspraken met de cliënt gezien het effect op de interactie met cliënt en de zorgprofessional.

Participant 7 (W): "Mijn cliënt is een jongen, naja goed, erg op zichzelf is en heel moeilijk zijn emoties kan tonen. Maar als je naast elkaar zit werkt het gewoon veel prettiger, dan dat je tegenover elkaar zit en alleen zo op die manier in gesprek moet. [...] Omdat hij gewoon, omdat je naast elkaar zit kan hij gewoon veel beter in gesprek met je."

Participant 6 (W): "Het kan jouw werk als persoonlijk begeleider ondersteunen. [...] Misschien ook wel aanvullen, zo van ook omdat je zo'n systeem goed geprogrammeerd hebt kan het jouw beleid, of jouw punt waar je aan wilt werken met iemand kan het ook ondersteunen. Omdat het zichzelf weer repeteert."

De wijze waarop contactmomenten met de cliënt verliepen werden volgens zorgprofessionals efficiënter ervaren. Het digitaal planbord sloot aan op het belevingsniveau van de cliënt door pictogrammen en fotoafbeeldingen en het komen tot verdieping door gezamenlijk met de gebruiker te besluiten over de dagstructuur. Bij nieuwe activiteiten ondersteunde het digitaal planbord het leerproces door activiteiten aan te leren door herhaling. Tevens bespaarde het volgens zorgprofessionals tijd, doordat gebruikers minder vragen stelden en minder uitleg behoefde over de dagstructuur. Gemotiveerde zorgprofessionals maakten tijd vrij voor het digitaal planbord, hielden de dagprogramma's actueel en beschreven veelvuldig met de cliënt contact te hebben over de daginvulling. Zo beschreef deze zorgprofessional:

Participant 4(G): "We hebben, tenminste ik vind dat ik er heel veel tijd in gestoken om het mijn cliënt eigen te maken en mezelf eigen te maken. [...] Omdat ik wel zag dat het voor mijn cliënt, dat het een goede ondersteuning zou kunnen zijn."

Een zorgprofessional maakte de kanttekening dat het systeem meer tijd vroeg in de uitvoering en ondersteuning ervan dan bij het gebruik van geschreven agenda's. Dit was te wijten aan de tijdsduur in voorbereiding en invoering van inhoud in de software.

Verwachte effecten. Zorgprofessionals uit de subgroepen 'wachtlIJst' en 'stoppers' verwachtten dat het inzetten van het digitaal planbord bepaalde voordelen oplevert. Het verschil ten opzichte van de ervaren effecten is dat deze voordelen verwacht worden door inzet van het digitaal planbord, dus niet waargenomen zijn.

Inzet voor zelfstandigheid. Zorgprofessionals verwachtten dat het digitaal planbord bij zou dragen aan het vergroten van de zelfstandigheid van hun cliënt. Zorgprofessionals verwachtten specifieke gedragingen, die zij bij inzet van het digitaal planbord wilden herkennen bij hun cliënt zoals initiatief tonen, onafhankelijkheid bij alledaagse levensverrichtingen en minder vraag naar begeleiding.

Participant 6 (W): "Het zou duidelijkheid kunnen geven in zijn wereld, van wat wil ik wanneer en hoe. Wat zit daar aan vast en dat ik dat zelf kan terughalen. Middels dat planbord. En dat ik niet hoeft te vragen bij anderen van, hoe zit dit ook alweer. Als je daar bijvoorbeeld dingen in toe kan voegen wat onafhankelijker maakt van, woensdag moet je het bed verschonen of maandag moet je stofzuigen."

De algemene verwachting onder deze zorgprofessionals was dat het digitaal planbord zou leiden tot meer zelfstandigheid bij cliënten door uit eigen beweging alledaagse levensverrichtingen te gaan doen, zoals stofzuigen, afwas, bed opmaken en prullenbak legen. Zorgprofessionals verwachtten ook dat gebruik voordelen oplevert voor de dienstpatroon zoals tijdwinst en overzicht in afspraken met de cliënt.

Rustgevend. De algemene verwachting was dat het digitaal planbord een middel behoort te zijn om personen met een verstandelijke beperking overzicht te geven in de dagstructuur en daarmee rust creëert voor de cliënt. Door de voorspelbaarheid van het digitaal planbord in de dagstructuur verwachtten deze zorgprofessionals dat hun cliënt meer positieve emoties ervaren, minder stress ervaren bij de dagstructuur en meer inzicht krijgen in de opbouw en invulling van de dag.

Participant 8 (W): "Ja, je ziet bij onze doelgroep wel heel sterk dat het niet weten wat er komt, geen invulling in de dag hebben veel onrust oplevert. En alles wat daarbij hoort zoals ruzietjes opzoeken en noem het allemaal maar op. Ik hoop dat het planbord daar aan bijdraagt om die onrust weg te nemen."

Eenduidigheid. Het digitaal planbord zou vaste gedragspatronen moeten stimuleren, waardoor een en dezelfde structuur aangeleerd en gehanteerd wordt. De verwachting onder zorgprofessionals schetsten dat de cliënt afhankelijk zou worden van het digitaal planbord, zodat de cliënt alle gewenste informatie over de dagstructuur kon verkrijgen van het beeldscherm. Persoonlijk begeleiders wilden dat cliënten worden terugverwezen naar het digitaal planbord, zodat eenduidige afspraken ontstaan met minimale inmenging van uitspraken door collega's. Volgens deze zorgprofessionals moest het digitaal planbord de cliënt voorzien in de behoefte van eenduidige informatie.

Participant 6 (W): "Met zo'n planbord kun je wel samen met de cliënt de afspraken er gelijk inzetten, zonder dat daar een collega tussenin hoeft te zitten. [...] Voor de cliënt is dat telkens een andere beleving. Het lijstje, [de werkagenda] is voor ons allemaal hetzelfde, maar wat we doen kan telkens anders zijn."

Ervaren barrières. Zorgprofessionals die zijn gestopt met het gebruik van het digitaal planbord gaven enkele barrières aan die het gebruik belemmerden.

Technische mankementen. Het voorkomen van technische mankementen of storingen had een negatieve invloed op het beeld over het digitaal planbord bij gebruikers, want gebruikers konden niet meer vertrouwen dat het digitaal planbord antwoord zou geven op hun vraag. Zo werden de volgende technische mankementen genoemd: het niet kunnen 'swipen' in het menuscherm van het digitaal planbord, uitvallen en vastlopen van het digitaal planbord, wegvallen fotoafbeeldingen personeel en moeilijkheden bij de verbinding van internet. Vervolgens hadden deze technische mankementen invloed op het gedrag van gebruikers, zo vertelden deze zorgprofessionals:

Participant 10 (S): "...hij[de cliënt] werd er gestrest van als het niet werkte. Dit uitte zich door boosheid, schreeuwen en heen en weer lopen."

Participant 12 (S): "Kijk, als je storingen op het systeem hebt. Dan demotiveert het wel. En het ligt er ook wel aan hoeveel. [...] Toen is ook heel lang het systeem niet in orde geweest. Dan laat ik hem sneller liggen dan dat ik hem pak. In die zin demotiveert het."

Een andere zorgprofessional beschreef dat zijn cliënt na het ervaren van technische mankementen een passieve houding kreeg ten opzichte van het digitaal planbord.

Computervaardigheden. Het geloof in bekwaamheid in computervaardigheden en kennis over het digitaal planbord onder zorgprofessionals had invloed op het actief gebruik maken van het systeem. Deze zorgprofessional noemde het belang van computervaardigheden en kennis:

Participant 11 (S): "Computervaardigheden, en weten welke cliënt je voor je hebt. Inzicht in de dagschema van de cliënt... Invoeren van de plannen, het omgaan met het programma coachend zorgen. Dat moet je wel kunnen natuurlijk."

Wanneer collega's moeilijkheden ondervonden bij het invullen van het dagprogramma in het digitaal planbord, uitte zich dit volgens deze zorgprofessional in onjuiste dagprogramma's. Zorgprofessionals die met het gebruik van het digitaal planbord stopten zagen dat collega's het invullen van het dagprogramma overdroegen aan anderen met meer bekwaamheid in computervaardigheden, zo zei deze zorgprofessional het volgende:

Participant 12(S): "Ik denk dat het voor hun teveel tijd kost. Hoe ouder je wordt hoe moeilijker het wordt om dingen aan te leren zijn. Dat is in dit geval ook. Dus als iemand dat snel kan, dan graag."

Voorstellen om vaardigheden en kennis te vergroten werden benoemd, met name de mogelijkheid om praktische vaardigheden op te doen met betrekking tot het digitaal planbord door instructie in een teamvergadering of het aanbieden van cursussen.

De gebruiksvriendelijkheid was een aanleiding voor zorgprofessionals, uit de subgroep 'gebruikers' en 'wachtlíst', om het digitaal planbord in te zetten aangezien het eenvoudig en praktisch in gebruik werd gevonden. Volgens deze zorgprofessionals zou een gebruikersvriendelijk systeem leiden tot meer gebruik. De moeilijkheidsgraad werd wisselend ervaren onder zorgprofessionals: vijf zorgprofessionals (2 (G), 3 (G), 4 (G), 5 (W), 7 (W)) gaven aan het systeem eenvoudig in gebruik te vinden; drie zorgprofessionals (1 (W), 6 (W), 8 (W)) gaven aan moeilijkheden te hebben bij verschillende handelingen zoals het navigeren in het menu, het uploaden van foto's in de dagstructuur, oplossen technische mankementen in verband met computervaardigheden en de tijdsintensiviteit van invoeren of wijzigen van inhoud op het digitaal planbord. Door herhaaldelijk oefenen van handelingen raakten zorgprofessionals gewend aan het systeem, zo zei deze zorgprofessional:

Participant 7(W): "Gewoon dat je er regelmatig mee werkt. Ik heb nooit die cursus gehad, dus ik ben er niet echt mee ingewerkt. [...] En ik ben hier in komen vallen, naja goed, gaande weg dan zie je hoe iets werkt."

Motivatíe van cliënt. Ongemotiveerde gebruikers leken een negatieve invloed te hebben op de motivatie van de zorgprofessionals om het digitaal planbord te kiezen ter ondersteuning van de dagstructuur. Zo vertelde deze zorgprofessional het volgende nodig te hebben om actief gebruik te maken van het digitaal planbord:

Participant 12(S): "De motivatie van de cliënten. Dat is denk ik wel het belangrijkste. Als daar, als hun op wat voor manier dan ook het moeilijk vinden of weigeren. Moeilijkheden zijn

dan nog tot daar aan toe, die zijn nog uit te leggen. In dit geval, voorbeeld van mijn cliënt, die dan ook echt redenen had waar ik in kon komen dan is de motivatie moeilijk te vinden."

Demotivatie onder gebruikers, in de vorige quote door schaamte bij de cliënt om gebruik te maken van zichtbare dagplanning, weerhield zorgprofessionals om het digitaal planbord in te zetten bij hun cliënten. Vervolgens stapten zij over naar alternatieven of oude werkwijzen zoals het beeldhorloge, geschreven uitleg en structureel geplande contactmomenten. Een zorgprofessional verwoordde dat zijn motivatie om het digitaal planbord te gebruiken minder werd bij zijn cliënt in vergelijking met gemotiveerde gebruikers:

Participant 11(S): "Dan had ik dus meer gehoopt op een stukje enthousiasme vanuit mijn cliënt zelf. Dat hij verwees van, dat vind ik fijn of prettig. [...] Bij de andere cliënten zie ik dat veel meer terug, die beleving. Dan hoor je het wel terug."

Het signaleren van motivatie bij de cliënt in de vorm van plezier of terechtwijzing op foutieve invoering had invloed op de motivatie onder zorgprofessionals om dit middel in te zetten.

Beeldvorming digitaal planbord. Een negatief beeld over het digitaal planbord bij cliënten zorgden dat het digitaal planbord niet actief werd gebruikt. Onder de zorgprofessionals die gestopt zijn met het gebruik vertelden twee zorgprofessionals (10, 12) te zijn gestopt vanwege tegenzin bij de cliënt in gebruik. Zo gaf deze zorgprofessional het volgende aan:

Participant 12: "...bij mijn cliënt was de reden dat hij eigenlijk best wel 'gehandicapt' voelde, in die zin zeg maar. Iedereen die dan binnen zou komen die zou dan zien dat hij met dagstructuren werkt. Dat vond hij te opzichtig. Hij zette het om die reden al niet eens aan."

Twee andere zorgprofessionals (9, 11) vertelden dat de cliënt zich niet meer uitgenodigd voelde om het digitaal planbord te gebruiken. Zo vertelde deze zorgprofessional (11) over zijn situatie: *"Ik dacht eerst elke keer terug te verwijzen, pakt hij het dan op? Nee, maar dat hebben we nog geprobeerd, dat hebben we nog gedaan om het te laten leven."* Ondanks in het begeleiden van de cliënt terug te verwijzen naar het digitaal planbord, vonden deze zorgprofessionals dat het digitaal planbord onvoldoende overtuigingskracht had om deze cliënten aan te sporen tot het doen van activiteiten.

Financiële kosten en baten. Door aangekondigde gebruikskosten gingen negen zorgprofessionals bewust evalueren in hoeverre de gebruiker profijt had bij gebruik van het digitaal planbord ten opzichte van wat deze persoon zich kon veroorloven en de intensiviteit van begeleiding die nodig werd geacht voor actief gebruik, zo zeiden deze zorgprofessionals:

Participant 5(W): "Het was eerder gewoon van, ze hebben het aangeschaft en dat kunnen we ook wel eens doen en levert dat wat op voor die cliënt. Nu je het zelf moet bekostigen, ga je er wel een andere kijk opdoen."

Participant 11(S): "Ik had gehoopt dat hij meer zelfstandiger zou zijn geworden. Dan is het eigenlijk meer een kosten en baten analyse, dan is het nee, dan is het te weinig."

Vanwege te maken kosten gingen zorgprofessionals zoeken naar mogelijke alternatieven waar zij verwachtten hetzelfde effect mee te behalen met minder kosten zoals een mobiele applicatie, digitale agenda's, papier geschreven agenda's of een houten pictogrammenbord. *"Zoals bij mijn cliënt is de pictoagenda beter, of een normale kalender."*, aldus participant 10(S). Overeenkomend stelden zorgprofessionals die geen effect zagen bij gebruikers dat de overweging om te stoppen eerder is gemaakt door aangekondigde kosten.

Voorwaarden voor gebruik. Alle zorgprofessionals stelden verschillende voorwaarden aan het digitaal planbord die bepaalden wanneer een technologie goed inzetbaar was bij de begeleiding van hun cliënten.

Doelgericht inzetten. Een voorwaarde was dat de technologie doelbewust wordt ingezet om te ondersteunen bij hulpvragen in het zorgplan met als doel ontwikkelingen teweeg te brengen bij cliënten. Het zorgplan is vooral bedoeld om afspraken met de zorginstelling vast te leggen over de kwaliteit van de zorg, hierin staan precieze afspraken over de invulling van de zorg middels opgestelde zorgdoelen. Een zorgprofessional beschreef haar ambitie bij het inzetten van het digitaal planbord en zei:

Participant 2 (G): "Mijn cliënt heeft wel een aantal doelen, bijvoorbeeld het meer gaan fietsen. Dan zou dat via het digitaal planbord ingevoerd kunnen worden. Bijvoorbeeld donderdag gaan we met jou fietsen. Mijn cliënt vindt het prettig dat het van te voren aangekondigd wordt. Als ik zeg, we gaan nu een stukje fietsen dan gaat hij toch niet mee. In die zin is het een hulpmiddel bij het opzetten van het zorgplan, om het op de planning te zetten."

Om ontwikkelingen op gang te brengen schepten zorgprofessionals de voorwaarden dat de mogelijkheden van het digitaal planbord bewust afgestemd moeten zijn op de behoeften van de cliënt. Genoemde aandachtspunten waren het afstemmen van hoeveelheid inhoud in de dagstructuur; terugverwijzen naar deze inhoud; wijze van presenteren (foto, tekst, pictogrammen). Zorgprofessionals onder de subgroep 'stoppers' stelden als voorwaarden dat het gebruik van het digitaal planbord herhaaldelijk geëvalueerd dient te worden met de cliënt door structureel overleg te plegen en een terugkomend evaluatiepunt in het zorgplan. Zo zouden deze zorgprofessionals de volgende voorwaarden opgesteld hebben voorafgaand aan de implementatie en zeiden:

Participant 11 (S): "Cliënten terug verwijzen naar het digitale planbord. Nog doelbewuster bezig zijn met het digitale planbord in combinatie met het cliënt."

Participant 9 (S): "Ik zou regelmatig evalueren en gesprekje hebben over wat hij ervan vindt."

[...] Heb je de ondersteuning van, ja. Hoe beleef je het en hoe werkt het."

Flexibiliteit systeem. Als gevolg van het doelgericht inzetten van het digitaal planbord wilden zorgprofessionals optiemogelijkheden die flexibel inzetbaar zijn om de inhoud aan te passen aan de persoonlijke behoeften van de gebruiker. Onder flexibel bedoelden zorgprofessionals dat mogelijkheden van het digitaal planbord op eenvoudige wijze aangeboden en in korte tijd gewijzigd konden worden. Zo zei deze zorgprofessional:

Participant 6(W): "Het zou misschien op de persoon afgesteld kunnen worden en dat je meer keuzepakketten hebt zo van, voor een cliënt als A dan werkt zo'n programma beter als dat programma. Dat je daar een keuze in hebt."

Zorgprofessionals hadden behoefte om het digitaal planbord te personaliseren door optiemogelijkheden zoals kleuropties, figuren, beeldmateriaal, beeldbellen, toevoegen spraak of geluidsopnames, persoonlijke profielen, voorgeprogrammeerde daginvullingen en het beïnvloeden van de opmaak afbeeldinglay-out. Ook technische opties behoren tot de voorwaarden, zoals het buiten het kantoor kunnen invoeren of aanpassen van de dagstructuur van de gebruiker en het betrekken van het sociale netwerk. Volgens zorgprofessionals zou de motivatie van gebruikers toenemen door het netwerk te betrekken bij het invoeren van de dagstructuur. Zo verwoordde deze zorgprofessional het volgende:

Participant 6(W): "Dat kun je dan ook vertalen naar het werk van deze persoon, vrienden, sociale leven. Die kun je er allemaal in mee betrekken. Maar dan moet je wel voldoende flexibiliteit hebben in het systeem, dat je dit allemaal kunt gebruiken hè."

Betrouwbaarheid. Het continu functioneren van hardware, een eenvoudig en werkend softwaresysteem zijn essentieel bevonden voor het gebruik van het digitaal planbord. Het digitaal planbord werd betrouwbaar gevonden wanneer zorgprofessionals en gebruikers het vertrouwen hadden dat het digitaal planbord gebruikt kon worden wanneer zij dit wilden. Technische mankementen demotiveerde zorgprofessionals en gebruikers, wanneer dit meerdere malen voorkwam in een korte periode zoals het wegvallen van het dienstrooster in het digitaal planbord door middel van fotoafbeeldingen van personeel. Zo zei deze zorgprofessional:

Participant 4 (G): "Ik vind dat we best wel vaak gedoe hebben met die planborden. En dan heb je dus cliënten gewoon volledig van de wap, daar zijn ze wel van afhankelijk. Bijvoorbeeld als er geen diensten instaan, dan ben ik er heel druk mee. Het werkt wel vaker goed dan niet goed, daar ben ik van overtuigd."

Een zorgprofessional sprak uit om te investeren in de facilitaire voorzieningen en een aanspreekpunt voor technische hulpvragen uitgevoerd door een ICT deskundige:

Participant 4 (G): "Ik denk dat de organisatie moet investeren in het internet, de kwaliteit en de onderhoud. De voorwaarden om überhaupt met het planbord te werken. Op het moment dat het planbord niet werkt is het gewoon een anti-middel."

Financiering. Zorgprofessionals verwachtten bij het inzetten van een technologie dat bekend is onder welke gebruiksvoorwaarden en financiële voorwaarden de technologie geïmplementeerd kan worden. Een zorgprofessional legde uit:

Participant 7 (W): "Je moet mensen wel heel goed informeren hoe het verder gaat, omdat je dat ook verder moet informeren naar familie of verwanten. Het moet wel goed onderbouwd zijn. Waarom naar bepaalde dingen gekeken of het anders gedaan wordt."

Een andere zorgprofessional had bij de keuze om gebruik te maken van het digitaal planbord de indruk dat het digitale planbord vergoed zal blijven voor de cliënt. "Ga je er gebruik van maken, dan zou het kosteloos zijn", aldus participant 4 (G). Vanwege het belang om informatie over het verloop van de gebruikperiode te geven, verwachtten zorgprofessionals evaluatiemomenten waarin het digitaal planbord wordt besproken om tijd op tijd afspraken over het digitaal planbord bij te stellen.

Sociale invloeden. Gemotiveerde zorgprofessionals houden het onderwerp 'digitaal planbord' actueel onder collega's in het zorgteam. Het enthousiasme waarmee collega's elkaar aanspreken waren bepalend voor het gebruik van het digitaal planbord. "Ja, het enthousiasme van mijn collega had niet mogen ontbreken.", aldus participant 4 (G). Een positieve houding ten opzichte van het digitaal planbord werd overgedragen naar collega's, dit zorgde voor sociale normen in het team op gebruik. Zorgprofessionals beschreven de volgende normen:

Participant 7 (W): "Het is van belang dat wij allemaal de werking weten en als je iets niet weet of dat je bij je collega's of bij desbetreffende persoon die het wel weet, de navraag gaat doen en even de energie in stop om te zeggen 'dat is me niet helemaal duidelijk kun je me dat nog even uitleggen'."

Participant 8 (W): "We hebben een contactpersoon benoemd, een iemand die de zaken rondom het digitale planbord regelt. [...] Een of twee collega's in het team hebben daarover uitleg gekregen en dat moest dan weer naar het team."

Verwanten hadden invloed door betrokken te zijn bij het invoeren van de dagstructuur of bij de besluitvorming om het digitaal planbord (niet) in te zetten. Zorgprofessionals ervoeren deze betrokkenheid, doordat verwanten afspraken toegevoegd wilden hebben en zorgprofessionals aanspraken op het niet actueel zijn van de dagstructuur.

Vaardigheden van cliënt. Bij inzet van het digitaal planbord moet bekend zijn of de cliënten beschikken over het minimaal aantal vaardigheden dat nodig is om er actief gebruik van te maken. Zo stelden zorgprofessionals van de 'wachtlIJst' subgroep de voorwaarde om de geschiktheid van cliënten vast te stellen met betrekking tot kennis en vaardigheden voordat het digitaal planbord wordt ingezet. Een van deze zorgprofessionals lichtte toe:

Participant 6 (W): "Sommige cliënten die vinden het nog te abstract, zo van wat is dat nou voor een ding? Die hebben net zoiets van wanneer ik naar televisie kijk, het komt tot mij maar ik kan er niets mee. Het besef het is voor mij, het is mij pakketje. En het is ervoor om mij te helpen om op een goede manier de dag door te komen, of hè, afhankelijk van hè. Daar zit wel een verschil in, dat je bij de ene cliënt er anders mee om kunt gaan als bij de ander."

Zorgprofessionals stelden als voorwaarde om te starten met een proefperiode waarin beoordeeld kan worden of de cliënt geschikte vaardigheden heeft en gemotiveerd is te ontdekken wat het digitaal planbord aanbied. Ook welke vaardigheden zorgprofessionals hebben of welke vaardigheden getraind kunnen worden om ondersteuning aan te bieden bij het digitaal planbord. Plus het coachen van zorgprofessionals door middel van kennisoverdracht, trainen computervaardigheden en op welke wijze het digitaal planbord te gebruiken met betrekking tot de cliënt.

Samenvatting

Zorgprofessionals ervoeren effecten zoals het stimuleren van zelfstandigheid onder cliënten bij het ondernemen van alledaagse activiteiten en een ontspannen invloed op de gemoedstoestand van de cliënt. De technologie werd gezien als een communicatiemiddel dat leidde tot efficiënte afspraken omtrent de dagstructuur. Overlappend met de ervaren effecten verwachtten zorgprofessionals dat de technologie de zelfstandigheid vergroot, rust creëert voor de cliënt en zorgt voor een vast gedragspatroon. Technische mankementen en storingen, het geloof dat zij over kennis en vaardigheden, negatief beeld over het digitaal planbord en de hoogte van gebruikskosten werden beschouwd als barrières voor gebruik. Zorgprofessionals stelden de voorwaarden dat het de technologie doelbewust ingezet wordt om ontwikkelingen teweeg te brengen, het systeem flexibel inzetbaar is, ten alle tijden (eenvoudig) te gebruiken is en bekend zijn onder welke gebruiks- en financiële voorwaarden de technologie geïmplementeerd word door middel van evaluatiemomenten, het belang van enthousiaste collega's op de normen voor gebruik en de vaardigheden van de cliënt.

Discussie

Dit onderzoek beschrijft welke determinanten invloed hebben op de intentie tot gebruik of het gebruik van AAL technologie onder zorgprofessionals en personen met een licht verstandelijke beperking. Zorgprofessionals raakten gemotiveerd om het digitaal planbord te gebruiken wanneer zij effecten waarnamen op de zelfstandigheid en de gemoedstoestanden van de cliënt. Daarbij werd de gebruiksvriendelijkheid van de technologie expliciet genoemd in de overweging om de technologie in te zetten. Personen met een licht verstandelijke beperking wilden meer autonomie door de ervaren zelfredzaamheid middels de AAL technologie. Door aansluiting op persoonlijke behoeften en interesses raakten gebruikers en zorgprofessionals gemotiveerd tot gebruik.

Resultaten van dit onderzoek geven weer dat het waarnemen of het verwachten van positieve effecten een belangrijke determinant vormt om te kiezen voor AAL technologie. Dit sluit direct aan op de UTAUT theorie (Venkatesh et al., 2003; Venkatesh et al., 2012), want deze theorie stelt dat een positief beeld op het voordeel bij gebruik (Performance Expectancy) een sterke voorspeller is op de gedragsintentie bij technologiegebruik. Extrinsieke motivaties bepalen de mate waarin de gebruiker gelooft te profiteren door gebruik te maken van de technologie (Davis, 1989; Lee, Cheung, & Chen, 2005). Vanuit de beroepsfunctie streefden zorgprofessionals ernaar om de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten. Extrinsieke motivaties bestonden bij zorgprofessionals uit het waarnemen van effecten bij de cliënt en stimuleerden het gebruik van 'Coachend zorgen' onder zorgprofessionals. Deze extrinsieke motivatie leek van belang voor zorgprofessionals, aangezien het ontbreken van een positief beeld op de effecten de voornaamste beweegreden was om te stoppen met gebruik.

De gebruiksvriendelijkheid van het systeem 'Coachend zorgen' bleek uit dit onderzoek invloed te hebben op het inzetten van het digitaal planbord bij de dagstructuur. Zorgprofessionals beoordeelden het systeem als gebruiksvriendelijk wanneer zij op een eenvoudige manier wijzigingen konden aanbrengen in een kort tijdspad gedurende de dienst. Daarbij stelden zorgprofessionals de eis dat technische voorzieningen beschikbaar horen te zijn (functioneel netwerk, digitaal planbord). Net als de UTAUT theorie (Venkatesh et al., 2003) heeft de beschikbaarheid in facilitaire voorzieningen (Facilitating conditions) een directe invloed heeft op gebruikersgedrag. Daarnaast hangt gebruiksvriendelijkheid (Effort Expectancy) volgens Venkatesh et al. (2003) samen met onder meer de ervaren complexiteit van de technologie in combinatie met de dienstverrichte taken. Het geloof in de hoeveelheid aan kennis en computervaardigheden onder zorgprofessionals werd verschillend beoordeeld.

Zelfeffectiviteit staat in deze voor het geloof bij zorgprofessionals dat zij over kennis en vaardigheden beschikken om met behulp van het digitaal planbord de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten (Bandura, 1977). De UTAUT theorie (Venkatesh et al., 2003; Venkatesh et al., 2012) is ontoereikend wat betreft de invloed van zelfeffectiviteit (Self-efficacy) onder gebruikers op de intentie tot gebruik van technologie. Daarentegen beschouwt het TAM model (Venkatesh & Davis, 2000) zelfeffectiviteit als indirecte determinant op de gedragsintentie door zijn invloed op de ervaren gebruiksvriendelijkheid (Perceived Ease of Use). Door cursussen en vaardigheidstrainingen zou de zelfeffectiviteit van zorgprofessionals vergroten met als gevolg een positieve motivatie om het digitaal planbord in te zetten bij de cliënt. Gericht onderzoek is vereist om de invloed van zelfeffectiviteit op gebruikersgedrag van AAL technologie onder zorgprofessionals te analyseren.

Participanten met een verstandelijke beperking wilden meer autonomie en uit dit onderzoek is gebleken dat het digitaal planbord daarin een middel kan zijn. De behoefte aan autonomie verwijst naar het streven om psychologisch vrij te kunnen handelen en niet onder druk te staan (Ryan & Deci, 2000). Door gebruik te maken van het systeem 'Coachend zorgen' werd door zowel zorgprofessionals als gebruikers met een verstandelijke beperking een groei in zelfredzaamheid ervaren. Gebruikers en oud-gebruikers noemden zelf keuzen te willen maken en dat zij minder afhankelijk wilden zijn van zorgprofessionals. Hierdoor erkenden gebruikers plezier en trots toe aan het zelfstandig ondernemen van alledaagse levensverrichtingen. Bovendien lijkt een autonomiegevoel een belangrijke factor te zijn in het psychologisch welbevinden van mensen (Ryan & Deci, 2000; Tay & Diener, 2011), wat zou verklaren dat personen met een verstandelijke beperking vertelden dat zij positievere gemoedstoestanden ondervonden. Dit gegeven is van belang want motivatie door genot en plezier bij gebruik ('hedonic motivation') is een belangrijke voorspeller voor actief gebruik (Venkatesh et al., 2012). De zelfdeterminatie theorie (ZDT) (Ryan & Deci, 2000) licht toe dat drie psychologische basisbehoeften (competenties, verbondenheid en autonomie) cruciaal zijn voor persoonlijke ontwikkeling en optimaal functioneren. Het digitaal planbord voorzag personen met een licht verstandelijke beperking in keuzemogelijkheden waardoor de basisbehoeften aan autonomie werd verwezenlijkt. Daardoor raakten gebruikers intrinsiek gemotiveerd om het digitaal planbord te gebruiken met als doel zelfredzaam te kunnen handelen gedurende de dagstructuur. Het systeem 'Coachend zorgen' lijkt daarmee invloed te hebben op het psychologische welbevinden, aangezien zijn invloed op de autonomie van de gebruiker door het effect op de zelfstandigheid en een mate van onafhankelijkheid van zorgprofessionals.

Personen met een verstandelijke beperking stopten met het gebruik van de technologie wanneer het digitaal planbord onvoldoende aansloot op de persoonlijke behoeften en interesses. Zorgprofessionals en gebruikers noemden dat het digitaal planbord onvoldoende aangepast kon worden aan de persoonlijke voorkeuren. Zij wilden eenvoudige gebruiksopties passend bij de persoonlijke behoeften van de cliënt zoals spraakopnames, aanpassingen in de lay-out (hoeveelheid tekst, picto- en fotoafbeeldingen), gebruik van kleurensymboliek, interactiemogelijkheden in de vorm van feedback, zelfstandig aanpassen dagstructuur en aangepaste herinneringsmeldingen. Door motiverende en inspirerende aspecten aan het ontwerp toe te voegen zal de gebruiker een positieve attitude krijgen ten opzichte van de technologie, wat ervoor zorgt dat er een sterkere intentie is om de technologie te gebruiken (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Het ontbreken van deze aspecten verklaard wellicht de motivatie onder gebruikers om te stoppen. Eerder onderzoek naar internetinterventies geeft weer dat persuasieve kenmerken van een technologie essentieel zijn om gebruikers te motiveren en te stimuleren tot het bereiken van doelen (Kelders & Van Gemert-Pijnen, 2013). Het Persuasieve Systeem Design (PSD) model van Oinas-Kukkonen and Harjumaa (2009) beschrijft 28 principes voor het ontwerpen van een technologie om de attitude van de gebruiker en het gedrag te beïnvloeden. Uitspraken van gebruikers hebben vooral betrekking op de ontwerpprincipes 'Tailoring' en 'Personalization' van Oinas-Kukkonen and Harjumaa (2009). Door het ontwerpprincipe personalisatie, instellingen gericht op een specifiek persoon en gebaseerd op meerdere persoonsgebonden eigenschappen, toe te passen op het digitaal planbord zal het ontwerp aantrekkelijker worden voor de gebruiker. Door de primaire ontwerpprincipes (tailoring en personalization) zal de technologie aansluiten op de persoonlijke voorkeuren en behoeftes. Daarnaast noemden gebruikers graag herinnerd te willen worden door de technologie, persuasieve kenmerken zoals 'praise', 'rewards' en 'reminders' sluiten hier op aan om gebruikers op deze wijze te motiveren. Onbekend is welke persuasieve kenmerken invloed hebben op de attitude en gedrag van personen met een verstandelijke beperking.

Een beperking aan dit onderzoek was het werven van participanten om deel te kunnen nemen aan het onderzoek door een convenience steekproef. Er was een verhoogde kans aanwezig op een selectie effect, aangezien personen met een verstandelijke beperking op de wachtlijst voor deze technologie niet deel wilden nemen en niet alle gebruikers uitgenodigd konden worden in verband met het ontbreken van toestemming van wettelijk vertegenwoordiger(s). Vermoedelijk zullen personen met positieve ervaringen eerder toestemming geven dan personen met negatieve ervaringen, waardoor de mogelijkheid bestaat

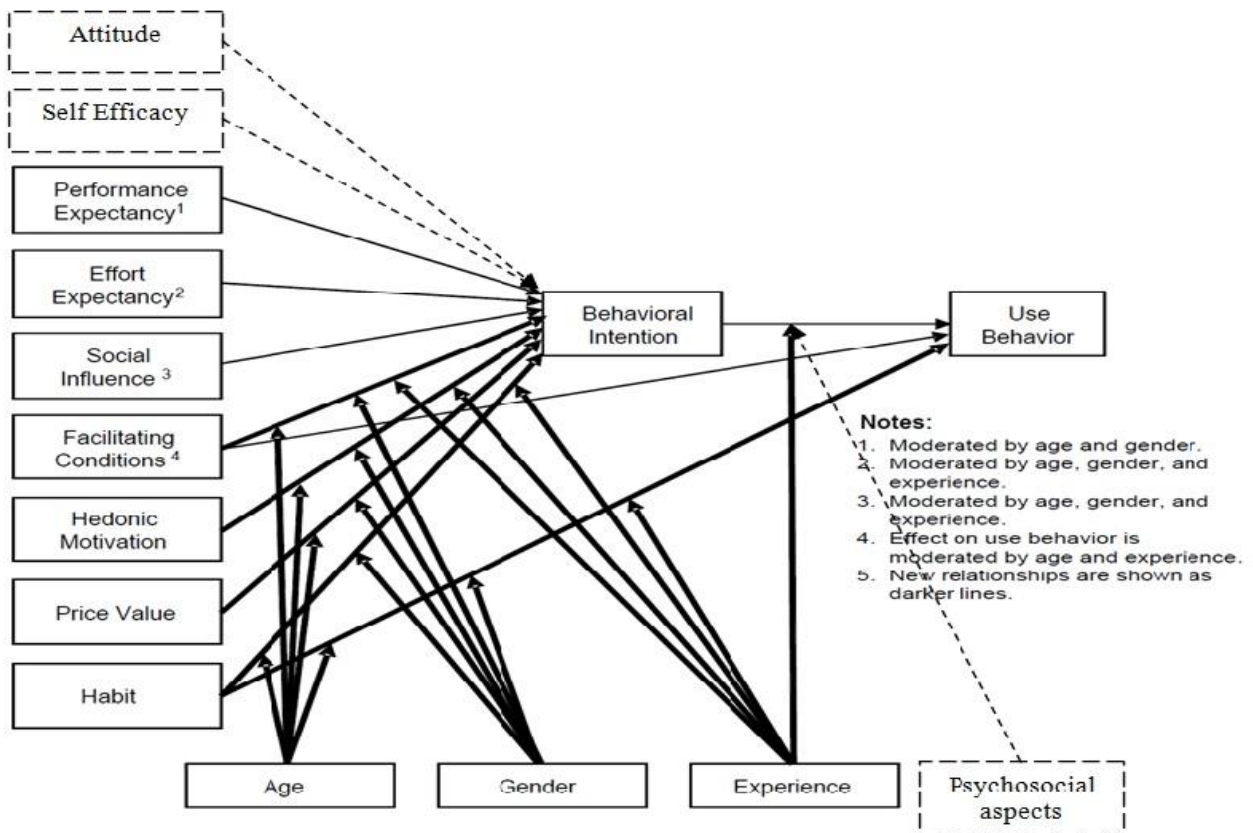
dat bepaalde determinanten om te stoppen met gebruik niet opgenomen zijn in de onderzoeksresultaten. Vandaar dat determinanten van het stoppen met gebruik van 'Coachend zorgen' niet volledig representatief zijn voor de oud-gebruikers met een licht verstandelijke beperking. Een sterk aspect van dit onderzoek was het meenemen van zorgprofessionals als gebruiker van de technologie. Vanwege de deelname van zorgprofessionals, die meerdere cliënten begeleidden bij het digitaal planbord, konden ook ervaringen worden meegenomen van personen met een verstandelijke beperking die niet deelnamen aan dit onderzoek. Om deze reden konden determinanten tussen zorgprofessionals en gebruikers worden vergeleken. Voorafgaand aan het interviewen waren onderwerpschema's opgezet naar aanleiding van theoretische concepten, hierdoor zijn bekende begrippen en factoren bij implementatie van technologie helder gedefinieerd en meetbaar. Met als gevolg dat de begripsbepaling de inhoudsvaliditeit bevordert. Wat op zijn beurt de reproduceerbaarheid van dit onderzoek ten goede komt. Door de opgestelde interviewschema's en het door- en navragen bij de participant is vooringenomenheid van de interviewer geminimaliseerd. Dit ter preventie van een interviewer bias. Daarentegen is het coderen van data niet door meerdere personen uitgevoerd en onderling vergeleken op gelijkenissen. De betrouwbaarheid van onderzoeksgegevens zijn dus niet gecontroleerd. Resultaten hebben betrekking op deze specifieke onderzoekspopulatie binnen de organisatie en zijn minder geschikt voor de generaliseerbaarheid ervan.

Conclusie

Zorgprofessionals zetten het systeem 'Coachend zorgen' bij de cliënt in wanneer zij een positief beeld hadden over de effectiviteit van de technologie. Vanwege de betrokkenheid van zorgprofessionals door het ondersteunen van de gebruiker geeft dit onderzoek een compleet beeld over relevante determinanten van gebruik. Tevens heeft dit onderzoek laten zien dat determinanten tussen zorgprofessionals en gebruikers overlappen. Onderlinge verbanden en uitspraken over effecten kunnen niet met zekerheid worden vastgesteld vanwege de beperkingen van kwalitatief onderzoek.

De UTAUT (Venkatesh et al., 2012) geeft een juiste weergave van determinanten met betrekking tot het implementeren van technologieën in een organisatie. Onder meer de constructen 'Performance Expectancy', 'Facilitation conditions', 'Hedonic motivation' omvatten de determinanten tot gebruik, overeenkomstig met resultaten uit dit onderzoek. De theorie is ontoereikend over de invloeden van persoonlijke eigenschappen van de gebruiker. Daar waar psychosociale aspecten (Psychosocial aspects), zelfeffectiviteit (Self-efficacy) en

beeldvorming over het ontwerp (Attitude) ook betrekking hebben op het gebruik van een technologie in de gezondheidszorg, zie figuur 3.



Figuur 3. Aangepast onderzoeksmodel: UTAUT2. Determinanten 'Attitude', 'Self Efficacy' en 'Psychosocial aspects' toegevoegd.

Psychosociale aspecten van de gebruiker vragen van het ontwerp dat hij flexibel inzetbaar is en zich richt op het individu. Dat wil zeggen dat de technologie aansluit op de persoonlijke behoeften, voorkeuren en interesses van de gebruiker. Het personaliseren van het ontwerpdesign lijkt daarin een uitkomst, aangezien personen met een verstandelijke beperking stopten met de AAL technologie vanwege gebrek aan persoonlijke optiemogelijkheden. Een voorbeeld is het aanbieden van de dagen van de week door middel van kleuren, dit heeft betrekking op het psychosociale aspect op analfabetisme. Op deze wijze wordt voldaan aan gebruikers die niet kunnen lezen en de voorkeur geven aan communicatie met symbolische kleuren. Psychosociale aspecten van de gebruiker lijken direct invloed te hebben op de intentie of het daadwerkelijk gebruik van AAL technologieën.

Zelfeffectiviteit onder zorgprofessionals had invloed op de intentie tot het gebruik van de AAL technologie. Ander onderzoek schetst dat zelfeffectiviteit in verband staat met de ervaren gebruiksvriendelijkheid (Venkatesh & Davis, 2000), echter wordt dit niet ondersteund door resultaten van dit onderzoek. Daarentegen beschouwt de UTAUT theorie (Venkatesh et

al., 2012) zelfeffectiviteit (Self-efficacy) niet als determinant in tegenstelling tot de gevonden determinanten binnen dit onderzoek. Alhoewel zelfeffectiviteit invloed lijkt te hebben op de intentie tot het gebruik, is onbekend in welke hoedanigheid.

De beeldvorming van gebruikers met een licht verstandelijke beperking over 'Coachend zorgen' waren redenen om te stoppen met gebruik van AAL technologie. Wanneer de gebruiker ontevreden was over de mogelijkheden, de hoeveelheid afbeeldingen of tekst en geluiden demotiveerde dit het gebruik van de technologie. De beeldvorming over het ontwerp vormt daarom een determinant dat invloed heeft op de motivatie van de gebruiker om de technologie te gebruiken.

Resultaten van dit onderzoek geven weer dat gebruikers plezier en trots toekenden wanneer zij zelfstandig met behulp van AAL technologie alledaagse activiteiten konden uitvoeren. De veronderstelling is gemaakt dat deze bevordering in zelfredzaamheid bijdraagt aan het psychologisch welbevinden. Wanneer de AAL technologie 'Coachend zorgen' breder wordt geïmplementeerd onder verschillende zorginstanties, kan op een relatief gecontroleerde en integere wijze een effectenstudie worden gerealiseerd. Effectenonderzoek is gewenst om de invloeden van 'Coachend zorgen' te achterhalen met betrekking tot de autonomie van personen met een verstandelijke beperking door het meten van zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven. Daarmee kan aangetoond worden dat AAL technologieën, zoals 'Coachend zorgen', effectief kunnen bijdragen aan het psychologisch welbevinden van personen met een licht verstandelijke beperking.

Literatuurlijst

- Ambient Assisted Living Association. (2012). Ambient Assisted Living Joint Programme: ICT for aging well. Opgehaald van <http://www.aal-europe.eu/>
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2013). Intellectual Disability. Verkregen op 15 december 2014, van <http://aaidd.org/intellectual-disability>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Incorporated.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., . . . Sheikh, A. (2011). The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Med*, 8(1), e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387
- Centrum Indicatiestelling Zorg. (2014). *CIZ Indicatiwijzer: toelichting op de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS* (Rapport, versie 7.1). Driebergen: CIZ Hoofdkantoor.
- Coachend zorgen. (2011). Het Digitaal Planbord. Lichtenvoorde: Auger BV. [Computer programma] Opgehaald van <http://www.pictoplanner.net/>
- College Voor Zorgverzekeringen. (2013). Gebruikersgids verstandelijke beperking. Verkregen op 17 januari 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl>
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340.
- De Bruin, Y. (2011). *De Kleine Gids: mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.
- Dôsen, A. (2010). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 1-5.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107-123.
- Friedman, M. G., & Bryen, D. N. (2007). Web accessibility design recommendations for people with cognitive disabilities. *Technology and Disability*, 19(4), 205-212.
- Hall, V., Conboy-Hill, S., & Taylor, D. (2011). Using virtual reality to provide health care information to people with intellectual disabilities: Acceptability, usability, and potential utility. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4).
- Hammel, J., Lai, J. S., & Heller, T. (2002). The impact of assistive technology and environmental interventions on function and living situation status with people who are ageing with developmental disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 24(1-3), 93-105.
- Huizinga, J., Van der Kwartel, A. J. J., Woittiez, I. B., Ras, M., Putman, L., Eggink, E., . . . Van der Noordt, M. (2014). *Hoeveel zorg gebruiken mensen met een verstandelijke beperking en wat zijn de kosten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning,

- Nationaal Kompas Volksgezondheid. Opgehaald op 19 december 2014, van RIVM <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/verstandelijke-beperking>
- Kane, J. M. (2014). Technology-based interventions in health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(4), 323-326. doi:10.1017/S2045796014000444
- Kelders, S. M., & Van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2013) Using log-data as a starting point to make eHealth more persuasive. Vol. 7822 LNCS. *Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)* (pp. 99-109).
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2008). Computer-Assisted CBT for Child Anxiety: The Coping Cat CD-ROM. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 159-165. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.002>
- Kosten van Ziektenstudie. (2013). Kosten van ziekten tool. In: Kosten van Ziekten 2011. Bilthoven: RIVM. Opgehaald op 1 maart 2015, van RIVM https://kostenvanziektentool.volksgezondheidenzorg.info/tool/nederlands/?ref=kvz_v211b1p4r1c6i1t1j1o1y6a-1g0d35s30f11z26w2
- Lee, M. K. O., Cheung, C. M. K., & Chen, Z. (2005). Acceptance of Internet-based learning medium: the role of extrinsic and intrinsic motivation. *Information & Management*, 42(8), 1095-1104. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.im.2003.10.007>
- Meijer, S. (2014). *Verstandelijke beperking samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Opgehaald op 21 december 2014, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/verstandelijke-beperking/verstandelijke-beperking-samengevat/>.
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Oinas-Kukkonen, H., & Harjumaa, M. (2009). Persuasive systems design: Key issues, process model, and system features. *Communications of the Association for Information Systems*, 24(1), 485-500.
- Ras, M., Verbeek-Oudijk, D., & Eggink, E. (2013). *Lasten onder de loep: De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Ras, M., Woittiez, I. B., Van Kempen, H., & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi:10.1037//0003-066X.55.1.68
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., . . . Yeager, M. H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (Eleventh Edition)*. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schülke, A. M., Plischke, H., & Kohls, N. B. (2010). Ambient Assistive Technologies (AAT): Socio-technology as a powerful tool for facing the inevitable sociodemographic challenges? *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 5(1).

- Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2008). Ageing in Place in the United Kingdom. *Ageing International*, 32(3), 219-235. doi:10.1007/s12126-008-9019-y
- Smidts, D., & Huizinga, M. (2011). *Gedrag in uitvoering. Over executieve functies bij kinderen en pubers*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Standen, P. J., & Brown, D. J. (2005). Virtual reality in the rehabilitation of people with intellectual disabilities: Review. *Cyberpsychology and Behavior*, 8(3), 272-282.
- Steinhubl, S. R., Muse, E. D., & Topol, E. J. (2013). Can mobile health technologies transform health care? *JAMA*, 310(22), 2395-2396. doi:10.1001/jama.2013.281078
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and Subjective Well-Being Around the World. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354-365. doi:10.1037/a0023779
- Urbaniak, G. C., & Plous, S. (2015). Research Randomizer (Version 4.0). [Computer programma]. Verkregen op 15 mei 2015, van <http://www.randomizer.org/>
- Van den Kwartel, A. J. J. (2013). *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2012*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Van der Velde, F., Cihangir, S., & Borghans, H. J. (2008). *E-health en domotica in de zorg: kans of risico?* Opgehaald van Utrecht: <http://www.igz.nl>
- Van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Nijland, N., Van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seydel, E. R. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4).
- Van Rijen, A. J. G., De Lint, M. W., & Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M. L. L. E. (2012). *Uitwerking extramuraliseren lichte zorgzwaartepakketten*. (DLZ-U-3131822). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Venkatesh, V., & Davis, F. D. (2000). Theoretical extension of the Technology Acceptance Model: Four longitudinal field studies. *Management Science*, 46(2), 186-204.
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly: Management Information Systems*, 27(3), 425-478.
- Venkatesh, V., Thong, J. Y. L., & Xu, X. (2012). Consumer acceptance and use of information technology: Extending the unified theory of acceptance and use of technology. *MIS Quarterly: Management Information Systems*, 36(1), 157-178.
- Verdonschot, M. M. L., De Witte, L. P., Reichrath, E., Buntinx, W. H. E., & Curfs, L. M. G. (2009). Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(1), 54-64.
- Vergados, D. D. (2010). Service personalization for assistive living in a mobile ambient healthcare-networked environment. *Personal and Ubiquitous Computing*, 14(6), 575-590.
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Woittiez, I., Ras, M., & Oudijk, D. (2012). *IQ met beperkingen: De mate van verstandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Zorginstituut Nederland. (2011). Buzz Buddy, zelfstandig reizen. Opgehaald van <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Buzz%20Buddy/Paginas/Home.aspx>

Bijlage 1: Toestemmingsverklaringen

TOESTEMMINGSVERKLARINGFORMULIER

Pasfoto
Onderzoeker

Titel van het onderzoek:

Ambient Assisted Living eHealth technologie bij mensen met een licht verstandelijke beperking.
Een kwalitatief onderzoek naar determinanten van succesvolle implementatie.

Verantwoordelijke onderzoeker:

Tom Brinkhuis

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat het opnamemateriaal gedurende de interviews of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: _____

Datum: _____ **Handtekening deelnemer:** _____

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: _____

Datum: _____ **Handtekening onderzoeker:** _____

TOESTEMMINGSVERKLARINGFORMULIER

**Pasfoto
Onderzoeker**

Titel van het onderzoek:

Ambient Assisted Living eHealth technologie bij mensen met een licht verstandelijke beperking.
Een kwalitatief onderzoek naar determinanten van succesvolle implementatie.

Verantwoordelijke onderzoeker:

Tom Brinkhuis

In te vullen door de deelnemer

De onderzoeker, Tom Brinkhuis, heeft mij op een duidelijke manier uitgelegd dat ik meedoe aan het onderzoek. Ik zal meedoen door met Tom een gesprek te hebben, een interview. Ook heeft Tom verteld waarom dit onderzoek er is (doelstelling) en hoelang het gesprek voor mij zal duren. Tom zal alle informatie van het interview en resultaten van het onderzoek alleen anoniem, zonder mijn naam te gebruiken, en vertrouwelijk aan andere mensen bekend maken. Al mijn vragen heb ik gesteld en op al mijn vragen heb ik antwoord gekregen.

De onderzoeker heeft mij gevraagd of hij het interview mag opnemen en ik vind dit niet erg. De onderzoeker gebruikt deze opnames alleen voor het onderzoek.

Ik wil zelf graag meedoen aan het onderzoek. Als ik niet meer mee wil doen aan het onderzoek, dan weet ik dat ik altijd mag stoppen zonder te vertellen waarom ik stop.

Naam deelnemer: _____

Datum: _____ ***Handtekening deelnemer:*** _____

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik, de onderzoeker, heb uitgelegd wat het onderzoek is en waarom het onderzoek er is. Ook heb ik een videobericht aan de deelnemer laten zien over het onderzoek. Ik heb alle vragen beantwoord en ik zal alle vragen blijven beantwoorden. Wanneer de deelnemer niet meer wilt meedoen aan het onderzoek dan kan dit op ieder moment zonder gevolgen.

Naam onderzoeker: _____

Datum: _____ ***Handtekening onderzoeker:*** _____

Bijlage 2: Interviewschema's

Introductie populatie LVB.

[Op bezoek: binnenkomen, voorstellen, niet inhoudelijk praten over het onderzoek]

Wat leuk dat je mee wilt doen met dit onderzoek. Ik ben Tom Brinkhuis en ik ga kijken waarom jij en andere mensen het digitaal planbord gebruiken. Als ik dit te weten kom, dan kan dit helpen om het digitaal planbord beter te maken. Ik kom dit te weten door jou vragen te stellen in een gesprek. Dit gesprek duurt ongeveer tot [...] uur (45 minuten). Het kan zijn dat het wat langer duurt. Ik zou een andere keer het gesprek terug willen luisteren, dus wil ik het gesprek graag opnemen. Alleen ik kan het gesprek terug luisteren, niemand anders. Vind jij het goed als ik het gesprek opneem? Wil je nog iets anders weten over het onderzoek?

Dan ga ik nu wat vertellen over ons gesprek samen. Ik zal jou straks vragen stellen en ik wil weten wat jij hier op antwoord. Je mag alles zeggen wat jij wilt zeggen. Het is belangrijk dat jij zegt wat jij belangrijk vindt. Als je iets niet duidelijk of moeilijk vindt, dan wil ik graag dat je dit zegt. Dan zal ik proberen het uit te leggen. Heb je nog vragen voordat we gaan beginnen?

Dan gaan we nu beginnen. Ik heb hier een filmpje meegenomen van het digitaal planbord, dan weet je (weer) hoe het digitaal planbord er uit ziet.

[3 minuten filmfragment tonen van het digitaal planbord op de iPad].

Ik zal nu de eerste vraag vragen:

[Naar demografische gegevens vragen]

Onderzoeksvraag

- (1) Welke determinanten zijn bepalend voor het gebruik van het systeem digitaal planborden onder personen met een licht verstandelijke beperking?

Interviewschema: Gebruikersgroep (1).

- Openingsvraag: - Wat kun je vertellen over het digitaal planbord?
 - Waarom gebruik jij het digitaal planbord?

- ① Hoofdvraag: Wat vind jij van het digitaal planbord? Waarom vind je dit?
- Hoe belangrijk is voor jou het digitaal planbord? [Tonen VAS afbeelding ①] Zet een streep hoe belangrijk voor jou het digitaal planbord is. Hier [links aanwijzen] is niet belangrijk en hier [rechts aanwijzen] erg belangrijk.
- Hoe vind jij het digitaal planbord er uitzien?
- ② Hoofdvraag: Je ziet hier vijf gezichtjes. Hier (links) niet blij gezichtjes. En hier (rechts) blij gezichtjes. Jij mag een gezicht kiezen die het best past bij hoe blij jij bent met het digitaal planbord. [Antwoord] Hoe blij ben jij met het digitaal planbord?
- Waarom ben je (*niet*) blij met het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Wat vind jij leuk aan het digitaal planbord? Waarom vind jij dit?

- Wat vind jij niet leuk aan het digitaal planbord? Waarom vind jij dit?
- Wat zou het digitaal planbord nog leuker maken?
- Nu jij kijkt naar het scherm van het digitaal planbord (interface), hoe vind jij dat het digitaal planbord er uitziet?

Hoofdvraag: Hoe makkelijk is het om het digitaal planbord te gebruiken?

Dan gaan we nu naar het digitaal planbord toe. Nu kun je mij laten zien wat je moeilijk vindt.

- Wat vind jij moeilijk aan het digitaal planbord? Waarom?
- Wat vind jij makkelijk aan het digitaal planbord? Waarom?
- Wie helpt je met het digitaal planbord? Waarom helpen zij jou? En waarmee helpen zij jou?
- Welke problemen heb jij met het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Als jij het digitaal planbord mag veranderen, wat zou jij dan veranderen? Waarom?

- Bij welke activiteiten wil jij graag het digitaal planbord gebruiken, maar kan nu nog niet?
- Wat zou helpen om het digitaal planbord makkelijker te maken?

Hoofdvraag: Hoe vaak gebruik je het digitaal planbord? Wanneer gebruik je het digitaal planbord het meest?

- Je word in de ochtend wakker en moet naar het werk toe. Hoe gebruik jij het digitaal planbord voordat je naar het werk toe gaat?
- Je komt nu terug van het werk en bent weer thuis. Hoe gebruik jij het digitaal planbord totdat je gaat slapen?
- Hoe vaak gebruik jij het digitaal planbord ongeveer op een werkdag?
- Het is weekend, dus op zaterdag of zondag. Je bent vrij van je werk. Hoe gebruik je het digitaal planbord in het weekend?
- Bij welke taken in huis gebruik jij het digitaal planbord?
- Op welk moment van de dag kijk jij het meest op het digitaal planbord? (in de ochtend, voor het avondeten, na het avondeten) Waarom op dit moment?

Interviewschema's LVB. (versie, 30-03-2015)

Hoofdvraag: Wat is het allerbelangrijkste van het digitaal planbord voor jou?

- Wanneer helpt het digitaal planbord jou het meest?
- Waar wil jij graag dat het digitaal planbord jou nog meer bij kan helpen?
- Bij welke dingen ga jij naar het digitaal planbord toe en helpt hij jou?

Hoofdvraag: Wat gaat met het digitaal planbord beter?

- Wat kun jij nu zelf doen met hulp van het digitaal planbord?
- Welke taken vond je voor het digitaal planbord moeilijk en nu niet meer?

Hoofdvraag: Wie zijn voor jou belangrijk? Wat vinden deze personen ervan dat jij dit digitaal planbord gebruikt?

- Wat vind jouw persoonlijk begeleider van het digitaal planbord?
- Praat jij wel eens met (..) over het digitaal planbord? Wat vertel jij dan?
- Hoe belangrijk vind jij wat jouw familie vindt van het digitaal planbord?
- Wat denk jij dat anderen van het digitaal planbord vinden?
- Jij gebruikt het digitaal planbord, wat vind jij daar van?
- Wat denk jij dat anderen van jou vinden nu jij het digitaal planbord gebruikt?

Hoofdvraag: Welke regels of afspraken zijn er over het digitaal planbord?

- Wat vind jij van deze regels?
- Welke afspraken zou jij graag willen maken over het digitaal planbord?

Slotvraag: Waarom gebruik jij nu het digitaal planbord? Wat is hiervan het belangrijkste?

Onderzoeksvraag

- (2) Welke determinanten hebben potentiële gebruikers van het systeem digitaal planborden onder mensen met een licht verstandelijke beperking?

Interviewschema: Wachtlijstgroep (2).

- Openingsvraag: - Ken jij het digitaal planbord? Wat kun jij over het digitaal planbord vertellen?
① - Hoe graag zou jij het digitaal planbord willen gebruiken? [Tonen VAS afbeelding ①] Zet een streep hoe graag jij het digitaal planbord wil gebruiken. Hier [links aanwijzen] is niet graag en hier [rechts aanwijzen] erg graag.
- Hoofdvraag: Waarom zou jij graag het digitaal planbord willen gebruiken?
- Waar wil jij graag het digitaal planbord voor gebruiken?
- Op welk moment van de dag denk jij het digitaal planbord nodig te hebben?
- Hoofdvraag: Wat weet jij al over het digitaal planbord?
- Wat zou jij graag willen weten voordat het digitaal planbord er komt?
- Hoe kom jij dit te weten?
- Hoofdvraag: Wat vind jij van het digitaal planbord? Waarom vind je dit?
- Nu jij kijkt naar het scherm van het digitaal planbord (interface), hoe vind jij het er uitziet?
- Wat denk jij dat het digitaal planbord allemaal kan?
- Waar wil jij graag dat het digitaal planbord jou bij helpt?
- Wat lijkt jou handig aan het digitaal planbord?
- Hoofdvraag: Wat lijkt jou leuk aan het digitaal planbord? Waarom vind jij dit?
- Wat moet het digitaal planbord kunnen zodat jij het leuk vindt?
- Hoofdvraag: Wat denk jij dat makkelijker gaat als je het digitaal planbord kan gebruiken?
- Wat wil jij graag zelf kunnen met hulp van het digitaal planbord?
- Je word in de ochtend wakker en moet naar het werk toe. Wanneer wil jij het digitaal planbord gaan gebruiken?
- Je komt nu terug van het werk en bent weer thuis. Wanneer wil jij graag het digitaal planbord gebruiken?
- Met welke activiteiten wil jij dat het digitaal planbord jou helpt?
- Hoe kan het digitaal planbord jou hier bij helpen?
- Hoofdvraag: Als je het digitaal planbord krijgt. Hoe makkelijk denk jij dat het digitaal planbord is? Waarom denk je dit?
- Denk jij hulp nodig te hebben bij het gebruiken van het digitaal planbord?
- Waar zal jij hulp bij nodig hebben?
- Wat denk jij dat moeilijk is aan het digitaal planbord?
- Hoe wil jij dat begeleiding jou hier bij helpt?
- Wat kan jij al makkelijk met computers doen? Wat denk jij dat makkelijk is aan het digitaal planbord?

Interviewschema's LVB. (versie, 30-03-2015)

Hoofdvraag: Wie zijn voor jou belangrijk? Wat zouden zij ervan vinden wanneer jij het digitaal planbord gebruikt?

- Wat denk jij dat jouw familie vindt van het digitaal planbord?
- Wat denk jij dat vrienden van het digitaal planbord vinden?
- Wat vind jouw persoonlijk begeleider van het digitaal planbord?
- Vraag jij wel eens iets over het digitaal planbord?
 - Wat vertel jij dan? Wat wil je dan weten?
- Jij wilt graag het digitaal planbord gebruiken, wat vind jij daar van? Hoe denk jij hier over?
- Wat denk jij dat anderen van jou vinden nu jij het digitaal planbord gaat gebruiken?

Hoofdvraag: Het digitaal planbord is een hulpmiddel. Je kunt hem gebruiken bij het wonen. Welke hulpmiddelen bij het zelf(standig) wonen ken jij allemaal? Welke hulpmiddelen gebruik jij zelf?

- Wat vind jij van hulpmiddelen zoals het digitaal planbord die je kunnen helpen bij zelf(standig) kunnen wonen?
- Hoe helpen andere hulpmiddelen jou bij het zelf(standig) kunnen wonen?

Slotvraag: Waarom wil jij graag het digitaal planbord (*niet*) gebruiken?

Onderzoeksvraag

- (3) Welke determinanten zijn bepalend om te stoppen met het gebruik van de digitaal planborden onder mensen met een verstandelijke beperking?

Interviewschema: Stoppersgroep (3).

- Openingsvraag: - Wat kun jij over het digitaal planbord vertellen?
 - Waarom ben je gestopt met het gebruiken van het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Wat weet jij over het digitaal planbord?

- Hoe ben jij dit te weten gekomen?
- Toen je het digitaal planbord had. Vind jij dat je weet hoe je het digitaal planbord toen kon gebruiken?
- Wat had je graag willen weten over het digitaal planbord voor dat je het digitaal planbord kreeg?

- ② Hoofdvraag: Je ziet hier vijf gezichtjes. Hier **[links aanwijzen]** boze gezichtjes. En hier **[rechts aanwijzen]** blij gezichtjes. Jij mag een gezicht kiezen die het best past bij hoe blij jij was met het digitaal planbord. [Antwoord]
Hoe blij was jij met het digitaal planbord?
- Waarom was je (*niet*) blij met het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Wat vind jij van het digitaal planbord? Waarom vind jij dit?

- Nu jij kijkt naar het scherm van het digitaal planbord (interface), hoe vind jij het er uitziet?
- Waar wilde jij graag hulp bij toen je het digitaal planbord had? Waarom hier bij?
- Wat vond jij handig aan het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Zou je het digitaal planbord opnieuw willen gebruiken? Waarom wel/niet?

- Waar wilde jij graag het digitaal planbord voor gebruiken?

Hoofdvraag: Het digitaal planbord is een hulpmiddel. Je kunt hem gebruiken bij het wonen. Welke hulpmiddelen bij het zelf(standig) wonen ken jij allemaal? Welke hulpmiddelen gebruik jij zelf?

- Wat vind jij van hulpmiddelen zoals het digitaal planbord die je kunnen helpen bij zelf(standig) kunnen wonen?
- Hoe helpen andere hulpmiddelen jou bij het zelf(standig) kunnen wonen?

Hoofdvraag: Hoe kan het digitaal planbord helpen bij het zelf(standig) kunnen wonen?

- Hoe vaak heb jij het digitaal planbord gebruikt?
- Heeft het digitaal planbord jou geholpen? Bij welke activiteiten heeft het jou geholpen?
- Hoe heeft het digitaal planbord jou hier (*niet*) bij geholpen?

Hoofdvraag: Toen jij het digitaal planbord had. Hoe makkelijk was het om het digitaal planbord te gebruiken?

- Wat vond jij moeilijk aan het digitaal planbord?
- Heeft iemand jou geholpen bij het gebruiken van het digitaal planbord? Wie gaf jou hulp bij het gebruiken van het digitaal planbord?
- Waarmee hebben ze jou geholpen? Wat vind jij hiervan?
 - Waar had jij hulp bij nodig?
- Welke problemen heb jij ontdekt bij het digitaal planbord?
- Als jij het digitaal planbord mag veranderen, wat zou jij dan veranderen? Waarom?

Hoofdvraag: Hoe vaak gebruikte jij het digitaal planbord? Wanneer gebruikte jij het digitaal planbord het meest?

- Hoe vaak gebruikte jij het digitaal planbord ongeveer op een dag?

Interviewschema's LVB. (versie, 30-03-2015)

- Hoe belangrijk was voor jou het digitaal planbord?
- Op welk moment van de dag heb jij het digitaal planbord het meest gebruikt?

Hoofdvraag: Wie zijn voor jou belangrijk? Wat vonden zij ervan dat jij het digitaal planbord hebt gebruikt?

- Praatte jij wel eens over het digitaal planbord? Wat vertelde jij dan?
- Hoe belangrijk vind jij wat anderen vinden over het digitaal planbord?
- Wat denk jij dat vrienden van het digitaal planbord vonden?
- Wat vond jouw persoonlijk begeleider van het digitaal planbord?
- Wat vind jij ervan dat je het digitaal planbord gebruikt hebt? (Zelfbeeld)
- Wat denk jij dat anderen van jou vinden dat jij het digitaal planbord hebt gebruikt?

Hoofdvraag: Waarom ben je gestopt met het gebruiken van het digitaal planbord?

- Welke problemen ben jij tegen gekomen bij het digitaal planbord?
- Was je niet blij met het digitaal planbord? Zo ja, hoe komt dit denk je?
- Wat heeft het digitaal planbord nodig zodat jij het wel gaat gebruiken?

Hoofdvraag: Als jij het digitaal planbord mag veranderen, wat zou jij er aan veranderen?

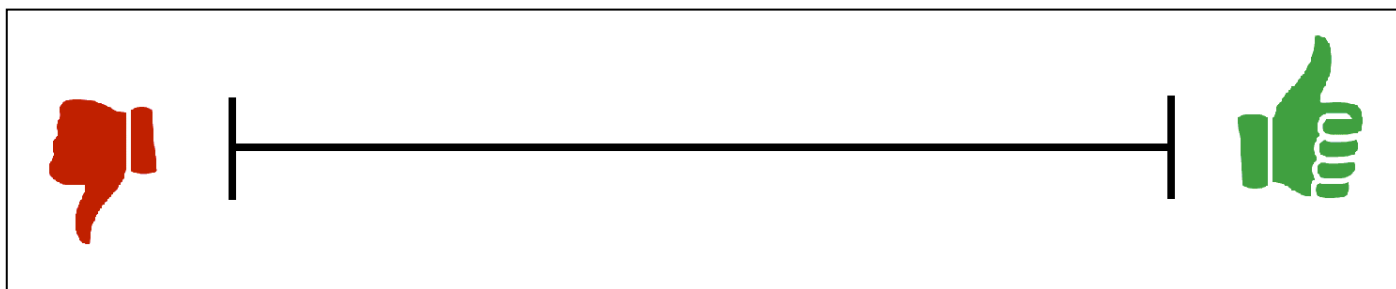
- Als je het digitaal planbord weer wilt gebruiken. Wat moet het allemaal wel hebben, volgens jou?

Slotvraag: Waarom ben je gestopt met het gebruiken van het digitaal planbord?

Strategieën

① Visuele Analoge Schaal (VAS) met aan de uiteinden pictogrammen van 'negatief' en 'positief'.

Bij gebruik van de VAS-score heeft de participant met een potlood aangestreept wat hij of zij vindt. Allereerst werd desbetreffende vraag gesteld, vervolgens werd onderstaande afbeelding ter grootte van een A4 getoond waarop de participant zijn score kon aanvinken. Deze strategie is gebruikt bij het weergeven van de mate van een positieve of negatieve denkwijze over desbetreffend onderwerp.

**② 5 punts Likert Scale op basis van afbeeldingen met kleurgerelateerde emoties.**

Deze vijf punt Likert Scale van gezichtsuitlatingen met kleur is getoond als afbeelding ter grootte van een A4. De participant kon zelf aanwijzen wat zijn houding is ten opzichten van de vraagstelling. Deze strategie is gebruikt bij vragen over de attitude van de participant met een licht verstandelijke beperking.



[Ontvangst participant: binnenkomen, voorstellen, aanbieden koffie etc.]

Welkom en bedankt dat u wilt deelnemen aan dit onderzoek. Ik ben Tom Brinkhuis en studeer Psychologie aan de Universiteit Twente in Enschede. Voor deze studie doe ik onderzoek naar het gebruik van technologie onder mensen met een verstandelijke beperking. Ook zorgprofessionals, zoals u, komen in aanmerking met deze technologieën. Allereerst wil ik graag informatie geven over het onderzoek. Vervolgens zal ik het verloop van het interview met u doornemen. Het onderzoeksdoel is om te achterhalen wat de redenen zijn voor het gebruik van deze technologieën met als voorbeeld het digitaal planbord. In de toekomst zal dit bijdragen aan het ontwerpen en inzetten van technologieën in de gehandicaptenzorg voor deze stichting, wellicht meerdere.

Het interview bestaat uit ongeveer 30 open vragen en zal ongeveer 45 minuten duren. Ik zou graag het gesprek in een later stadium willen terugluisteren, gaat u ermee akkoord dat ik het gesprek opneem? Opnames zullen met vertrouwen worden behandelend en worden veilig opgeslagen. Na afloop van het onderzoek worden ze vernietigd. Onthoud dat het geven van antwoorden niet gebaseerd is op goede of foute antwoorden. Uw antwoordt telt, en daarmee ook de vrijheid waarmee u dit vertelt. Tussendoor zal ik doorvragen naar bepaalde aspecten om te achterhalen wat u precies bedoeld. Heeft u nog vragen voordat we gaan beginnen aan het interview?

Dan volgt hier de eerste vraag:

[Vragen naar demografische gegevens]

Interviewschema's Zorgprofessionals. (versie, 30-03-2015)**Onderzoeksvraag**

- (1) Welke determinanten zijn bepalend voor het gebruik van het systeem digitaal planborden onder zorgprofessionals?

Interviewschema: Gebruikersgroep (1).

- Openingsvraag:
- Wat is uw beeld over het digitaal planbord?
 - Waarom maakt u gebruik van het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Wat vindt u van het gebruik van het digitaal planbord? Waarom vindt u dit?

- Wat vindt u ervan dat het digitaal planbord wordt ingezet bij mensen met een verstandelijke beperking?
- Hoe denkt u in het algemeen over het inzetten van technologie in de zorg bij mensen met een VB?
- Waarom bent u (*niet*) positief over het inzetten van het digitaal planbord binnen uw organisatie?

Hoofdvraag: Hoe groot is uw motivatie voor het gebruik van het digitaal planbord bij uw cliënt?

- Wat zorgt ervoor dat u deze motivatie heeft?
- Hoe uit zich dit op het gebruik van het digitaal planbord?
- Beschrijf uw motivatie om technologische middelen te gebruiken in de zorg voor mensen met een LVB.

Hoofdvraag: Als u voor de keuze staat om te kiezen uit de periode zonder het digitaal planbord of de periode met het digitaal planbord. Zou u opnieuw kiezen om gebruik te maken van het digitaal planbord?

- Waarom kiest u ervoor om wel/niet opnieuw gebruik te maken van het digitaal planbord?
- Wat moet volgens u een technologisch hulpmiddel bevatten, wilt u ervoor kiezen om er gebruik van te maken?

Hoofdvraag: Wat zijn volgens u, de persoonlijk begeleider, de beweegredenen voor uzelf om gebruik te maken van het digitaal planbord?

- Wat zijn volgens u de beweegredenen dat de cliënt gebruik blijft maken van het digitaal planbord?
- Met welke redenen wilt u graag dit hulpmiddel inzetten voor de begeleiding van uw cliënt?

Hoofdvraag: Wat kunt u vertellen over de eenvoudigheid van het digitaal planbord?

- Wat vindt u eenvoudig in het gebruik van het digitaal planbord? Waarom?
 - Welke elementen van het digitaal planbord zijn eenvoudig voor het gebruik ervan?
- Wat vindt u lastig in het gebruik van het digitaal planbord? Waarom?
 - Welke elementen van het digitaal planbord zorgen voor complicaties bij het gebruik ervan?
- Wat zou u in de toekomst verbeterd willen zien? Waarom?

Hoofdvraag: Hoe draagt het digitaal planbord voor uzelf bij aan de begeleiding van de cliënt?

- Welke invloed(en) heeft het digitaal planbord op het contact met de cliënt?
- Welk effect heeft het digitaal planbord op de tijdsduur van zorgcontact met de cliënt?
- Welke voordelen ziet u bij het begeleiden van uw cliënt met het gebruik van het digitaal planbord?
 - Welke nadelen ziet u met het gebruik van het digitaal planbord?

Interviewschema's Zorgprofessionals. (versie, 30-03-2015)

- Hoe draagt dit digitaal planbord volgens u bij aan het zelfstandig wonen van de cliënt?
 - Wat kan de cliënt nu zelf doen met hulp van het digitaal planbord?
 - Welke taken kan de cliënt nu zelf zonder hulp te vragen?
- Draagt het digitaal planbord bij aan de kwaliteit van de zorg? Kunt u uw antwoord toelichten?

Hoofdvraag: Wat heeft uw cliënt geleerd door het digitaal planbord?

- Welke leermomenten bij de cliënt hebben het digitaal planbord volgens u teweeg gebracht?
- Bij welke alledaagse levensverrichtingen draagt het digitaal planbord bij? Waarom?
- Op welke momenten van de dag wordt het digitaal planbord vooral gebruikt? Waarom op deze momenten?

Hoofdvraag: Welke verwachtingen heeft u van het digitaal planbord? Waarom deze verwachtingen?

- Welke mogelijkheden ziet u bij het gebruiken het digitaal planbord in de begeleiding van de cliënt?
- Waarin ondersteund het digitaal planbord in de begeleiding met uw cliënt?

Hoofdvraag: Wat vinden betrokken verzorgers van het gebruik van het digitaal planbord?

- Wat vinden betrokken begeleiders van het digitaal planbord bij het ondersteunen van uw cliënt?
- Wat vindt uw manager, leidinggevenden van het gebruik van het digitaal planbord?
- Wat voor een beeld heeft uw cliënt volgens u ten opzichten van het digitaal planbord?
- Wat voor een invloed heeft de sociale omgeving op het gebruik van het digitaal planbord op uw functioneren met het digitaal planbord? En dat van uw cliënt?

Hoofdvraag: Welke afspraken en regels hebben u en uw cliënt onderling gemaakt over het digitaal planbord?

- Met welke redenen zijn eerder genoemde afspraken en regels gemaakt? En hoe verloopt dit?
- Welk beeld hebben collega's volgens u over het digitaal planbord?
- Heeft u afspraken en regels opgesteld met uw collega's over het gebruik van het digitaal planbord? Zo ja, welke?
- Heeft u afspraken gemaakt met uw leidinggevende over het gebruik van het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Wat heeft u nodig om het digitaal planbord naar uw beleving blijft gebruiken?

- Op welke concrete manier zou dit ondersteund moeten worden?
- Waarin zou de organisatie zich volgens u in moeten investeren om het gebruik van digitaal planbord te optimaliseren?

Hoofdvraag: In hoeverre past het digitaal planbord (*niet*) binnen de mogelijkheden van een persoonlijk begeleider bij het begeleiden van een cliënt?

- In hoeverre beschikt u over de benodigde vaardigheden om ondersteuning aan te bieden d.m.v. het digitaal planbord?
- Over welke vaardigheden beschikt u, die van groot belang zijn bij het aanbieden van ondersteuning m.b.t. het digitaal planbord?
- Welke vaardigheden zullen vergroot of toegevoegd moeten worden bij persoonlijk begeleiders om het gebruik van het digitaal planbord te optimaliseren?

Slotvraag: Wat zal ervoor zorgen dat u intensief gebruik blijft maken van het digitaal planbord? Waarom vindt u deze voorwaarden van groot belang?

Interviewschema's Zorgprofessionals. (versie, 30-03-2015)

Onderzoeksvraag

- (2) Welke determinanten hebben potentiële gebruikers van het systeem digitaal planborden onder zorgprofessionals?

Interviewschema: Wachtlijstgroep (2).

- Openingsvraag: - Wat is uw beeld van het digitaal planbord?
 - Wilt u gebruik gaan maken van het digitaal planbord? Waarom wel/niet?

Hoofdvraag: Wat vindt u van het gebruik van het digitaal planbord? Waarom vindt u dit?

- Welk beeld hebben collega's volgens u over het digitaal planbord?
- In hoeverre bent u positief over het inzetten van het digitaal planbord binnen uw organisatie? Waarom?
- Wat vindt u ervan dat het digitaal planbord wordt ingezet bij mensen met een verstandelijke beperking?
 - Hoe denkt u in het algemeen over het inzetten van technologie in de zorg bij mensen met een VB?

Hoofdvraag: Hoe groot is uw motivatie voor het gebruik van het digitaal planbord bij uw cliënt?

- Wat zorgt ervoor dat u deze motivatie heeft?
- Wat kunt u zeggen over uw motivatie om technologische middelen te gebruiken in de zorg voor mensen met een LVB.

Hoofdvraag: Als u voor de keuze staat om direct gebruik te maken van het digitaal planbord of hier geen gebruik van te maken, waar zou u dan voor kiezen?

- Waarom kiest u ervoor om wel/niet gebruik te willen maken van het digitaal planbord?
- Wat moet volgens u een technologisch hulpmiddel bevatten, wilt u ervoor kiezen om er gebruik van te maken?
- Hoe verwacht u het digitaal planbord te gaan gebruiken?

Hoofdvraag: Wat is volgens u, de persoonlijk begeleider, de beweegreden voor uzelf om gebruik te maken van het digitaal planbord?

- Wat zijn volgens u de beweegredenen dat de cliënt gebruik wilt maken van het digitaal planbord?
- Met welke redenen wilt u graag dit hulpmiddel inzetten voor de begeleiding van uw cliënt?
- Wat verwacht u te bereiken bij uw cliënt met behulp van het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Wat verwacht u van de eenvoudigheid van het digitaal planbord?

- Wat lijkt u eenvoudig in het gebruik van het digitaal planbord? Waarom?
- Wat lijkt u lastig in het gebruik van het digitaal planbord? Waarom?
- Aan welke verwachtingen wilt u graag dat het digitaal planbord aan voldoet?

Hoofdvraag: Hoe verwacht u dat het digitaal planbord voor uzelf bijdraagt aan de begeleiding van de cliënt?

- Hoe draagt het digitaal planbord bij aan de kwaliteit van de zorg van de begeleiding van de cliënt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Hoofdvraag: Wat zal uw cliënt leren met behulp van het digitaal planbord?

- Welke ontwikkelingen wilt u teweeg brengen bij uw cliënt met behulp van het digitaal planbord?
- Hoe zal dit digitaal planbord volgens u bijdragen aan het zelfstandig wonen van de cliënt?
 - Wat verwacht u dat uw cliënt zelf doet met hulp van het digitaal planbord?
- Bij welke alledaagse levensverrichtingen van uw cliënt zal het digitaal planbord sterk bijdragen? Waarom?

Interviewschema's Zorgprofessionals. (versie, 30-03-2015)

- Op welke momenten van de dag zou u graag willen zien dat het digitaal planbord vooral gebruikt wordt? Waarom op deze momenten?

Hoofdvraag: Welke verwachtingen heeft u van een dergelijk technologisch systeem als het digitaal planbord?

- Welke mogelijkheden ziet u bij het gebruiken het digitaal planbord in de begeleiding van de cliënt?
- Hoe zal het digitaal planbord u ondersteunen in de begeleiding met uw cliënt?

Hoofdvraag: Wat vinden betrokken verzorgers van de mogelijkheid om gebruik te maken van het digitaal planbord?

- Wat denkt u dat betrokken begeleiders vinden van het digitaal planbord bij het ondersteunen van uw cliënt?
- Wat denkt u dat uw manager, leidinggevend vinden van het gebruik van het digitaal planbord?
- Wat voor een beeld heeft uw cliënt volgens u ten opzichten van het digitaal planbord?
- Wat voor een invloed heeft de sociale omgeving op de keuze om het digitaal planbord te gebruiken?

Hoofdvraag: Welke afspraken en regels zullen u en uw cliënt onderling maken over het digitaal planbord?

- Waarom zijn eerder genoemde afspraken en regels van belang?
- Welk beeld hebben collega's volgens u over het digitaal planbord?
- Welke afspraken en regels wilt u opstellen met uw collega's over het gebruik van het digitaal planbord? Waarom deze regels en afspraken?

- Welke afspraken en regels wilt u opstellen met uw leidinggevenden over het gebruik van het digitaal planbord? Waarom deze regels en afspraken?

- Zijn bepaalde regels of afspraken over het digitaal planbord uw opgelegd? Welke zijn dit? Wat vindt u hier van?

Hoofdvraag: Wat heeft u nodig om het digitaal planbord naar uw beleving te gaan gebruiken?

- Op welke concrete manier zou dit ondersteund moeten worden?
- Waarin zou de organisatie zich volgens u in moeten investeren om het gebruik van digitaal planbord te optimaliseren?

Hoofdvraag: In hoeverre past het digitaal planbord (niet) binnen de mogelijkheden van een persoonlijk begeleider bij het begeleiden van een cliënt?

- In hoeverre beschikt u over de benodigde vaardigheden om ondersteuning aan te bieden d.m.v. het digitaal planbord?
- Over welke vaardigheden beschikt u, die van groot belang zijn bij het aanbieden van ondersteuning m.b.t. het digitaal planbord?
- Welke vaardigheden zullen vergroot moeten worden bij persoonlijk begeleiders om het gebruik van het digitaal planbord te optimaliseren?

Slotvraag: Wat zorgt ervoor dat u intensief gebruik zal maken van het digitaal planbord? Waarom vindt u deze voorwaarden van groot belang?

Interviewschema's Zorgprofessionals. (versie, 30-03-2015)

Onderzoeksvraag

(3) Welke determinanten zijn bepalend om te stoppen met het gebruik van de digitaal planborden onder zorgprofessionals?

Interviewschema: Stoppersgroep (3).

Openingsvraag: - Waarom heeft u gebruik gemaakt van het digitaal planbord?
- Waarom is er gekozen om te stoppen met het gebruik maken van het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Wat vindt u van het gebruik van het digitaal planbord? Waarom vindt u dit?

- Wat is uw beeld over het digitaal planbord?
- In hoeverre bent u positief over het inzetten van het digitaal planbord binnen uw organisatie? Waarom?
- Wat vindt u ervan dat het digitaal planbord wordt ingezet bij mensen met een verstandelijke beperking?
 - Hoe denkt u in het algemeen over het inzetten van technologie in de zorg bij mensen met een VB?

Hoofdvraag: Hoe is uw motivatie voor het gebruik van het digitaal planbord bij uw cliënt?

- Wat zorgt ervoor dat u deze motivatie heeft?
- Hoe uit zich dit op het gebruik van het digitaal planbord?
- Beschrijf uw motivatie om technologische middelen te gebruiken in de zorg voor mensen met een LVB.

Hoofdvraag: Als u voor de keuze staat om te kiezen uit de periode zonder het digitaal planbord of de periode met het digitaal planbord. Zou u opnieuw kiezen om gebruik te maken van het digitaal planbord?

- Waarom kiest u ervoor om wel/niet opnieuw gebruik te maken van het digitaal planbord?
- Wat moet volgens u een technologisch hulpmiddel bevatten, wilt u ervoor kiezen om er gebruik van te maken?

Hoofdvraag: Wat is volgens u, de persoonlijk begeleider, de beweegreden geweest om gebruik te maken van het digitaal planbord?

- Wat zijn volgens u de beweegredenen geweest dat de cliënt gebruik maakte van het digitaal planbord?
- Met welke redenen wilde u graag dit hulpmiddel inzetten voor de begeleiding van uw cliënt?
- Wat zijn de voornaamste redenen geweest om te stoppen met het gebruik van het digitaal planborden?

Hoofdvraag: Wat kunt u vertellen over de gebruiksvriendelijkheid van het digitaal planbord?

- Wat vond u eenvoudig in het gebruik van het digitaal planbord? Waarom?
 - Welke elementen van het digitaal planbord zijn eenvoudig voor het gebruik ervan?
- Wat vond u lastig in het gebruik van het digitaal planbord? Waarom?
 - Welke elementen van het digitaal planbord zorgen voor complicaties bij het gebruik ervan?
- Wat zou ervoor kunnen zorgen dat u weer gebruik gaat maken van het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Hoe draagt het digitaal planbord voor uzelf bij aan de begeleiding van de cliënt?

- Hoe draagt dit digitaal planbord volgens u bij aan het zelfstandig wonen van de cliënt?
- Welke invloed(en) heeft het digitaal planbord op het contact met de cliënt?
 - Welk effect heeft het digitaal planbord op de tijdsduur van zorgcontact met de cliënt?
- Welke voordelen ziet u bij het begeleiden van uw cliënt met het gebruik van het digitaal planbord?
- Welke gebreken kent het digitaal planbord? Waarom draagt het digitaal planbord hier onvolledig aan bij?
- In hoeverre draagt het digitaal planbord bij aan de kwaliteit van de zorg? Kunt u uw antwoord toelichten?

Interviewschema's Zorgprofessionals. (versie, 30-03-2015)

Hoofdvraag: Wat heeft uw cliënt geleerd door het digitaal planbord?

- Welke ontwikkelingen hebben het digitaal planbord volgens u teweeg gebracht?
- Bij welke alledaagse levensverrichtingen heeft het digitaal planbord sterk bijgedragen? Waarom?
 - Op welke manier heeft het digitaal planbord bijgedragen?
- Op welke momenten van de dag werd het digitaal planbord vooral gebruikt? Waarom op deze momenten?

Hoofdvraag: Welke verwachtingen heeft u van het digitaal planbord?

- Welke mogelijkheden ziet u bij het gebruiken het digitaal planbord in de begeleiding van de cliënt?
- Wat heeft u nodig om actief gebruik te maken van het digitaal planbord?

Hoofdvraag: Welke afspraken en regels hebben u en uw cliënt onderling destijds gemaakt over het digitaal planbord?

- Waarom zijn eerder genoemde afspraken en regels van belang?
- Welk beeld hebben collega's volgens u over het digitaal planbord?
- Welke afspraken en regels heeft u destijds opgesteld met uw collega's over het gebruik van het digitaal planbord? Waarom deze regels en afspraken?
- Welke afspraken en regels heeft u destijds opgesteld met uw leidinggevenden over het gebruik van het digitaal planbord? Waarom deze regels en afspraken?
- Zijn bepaalde regels of afspraken over het digitaal planbord uw destijds opgelegd? Welke zijn dit? Wat vond u hier van?

Hoofdvraag: Wat had u nodig om het digitaal planbord naar uw beleving te blijven gebruiken?

- Op welke concrete manier zou dit ondersteund moeten worden?
- Waarin zou de organisatie zich volgens u in moeten investeren om het gebruik van digitaal planbord te optimaliseren?

Hoofdvraag: In hoeverre past het digitaal planbord (niet) binnen de mogelijkheden van een persoonlijk begeleider bij het begeleiden van een cliënt?

- In hoeverre beschikt u over de benodigde vaardigheden om ondersteuning aan te bieden d.m.v. het digitaal planbord?
- Over welke vaardigheden beschikt u, die van groot belang waren bij het aanbieden van ondersteuning m.b.t. het digitaal planbord?
- Welke vaardigheden zullen vergroot moeten worden bij persoonlijk begeleiders om het gebruik van het digitaal planbord te optimaliseren?

Slotvraag: Wat zijn volgens u de voornaamste redenen waarom gestopt is met het gebruik maken van het digitaal planbord? Waarom zijn deze redenen het meest van belang?

Bijlage 3: Zorgprofielen ZZP VG 3 t/m 6

VG Wonen met begeleiding en verzorging. (ZZP VG 3)

Zorgprofiel

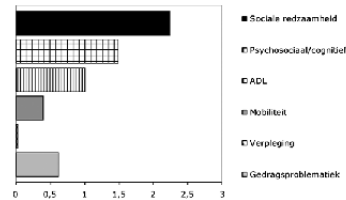
De volwassen cliënten functioneren sociaal beperkt zelfstandig. De cliënten wordt een veilige en vertrouwde leef- en werkwoonomgeving geboden. Het tijdsbesef is beperkt. De ondersteuning is gericht op het stimuleren van de zelfredzaamheid bij het uitvoeren van taken en op regievoering over het eigen leven. De begeleiding is gericht op het zo mogelijk deelnemen aan het maatschappelijk leven ten aanzien van *sociale redzaamheid* hebben de cliënten in het algemeen hulp nodig. Op het gebied van schriftelijke communicatie en besluitneming- en oplossingsvaardigheden is soms ook overname nodig. Bij het uitvoeren van complexere taken is vrijwel altijd overname nodig.

Met betrekking tot de *psychosociale/cognitieve functies* hebben de cliënten af en toe of vaak hulp, toezicht of sturing nodig. De oriëntatie met betrekking tot ruimte en personen is gelegen in de voor de cliënt bekende omgeving en personen. Met name ten aanzien van concentratie, geheugen en denken, en ten aanzien van het psychosociaal welbevinden is vaak hulp nodig.

Met betrekking tot *ADL* hebben cliënten regelmatig behoefte aan toezicht en stimulatie. Bij de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid en bij het wassen kan soms behoefte zijn aan enige hulp. Ten aanzien van *mobiliteit* is doorgaans geen hulp nodig. In de vaste vertrouwde omgeving kan de cliënt zich oriënteren. Er kan wel behoefte zijn aan toezicht of stimulatie bij het verplaatsen buitenshuis.

Bij deze cliënten is doorgaans geen sprake van *verpleging*. Bij deze cliënten is niet of in geringe mate sprake van *gedragsproblematiek* en *psychiatrische problematiek*. De *aard van het begeleidingsdoel* is doorgaans gericht op stabilisatie of ontwikkeling. De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging. (ZZP VG 4)

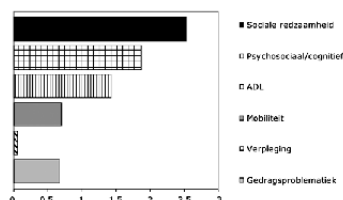
Zorgprofiel

De cliënten functioneren sociaal zeer beperkt zelfstandig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). Een belangrijk doel van de begeleiding is het bieden van een veilige en vertrouwde leef- en werkwoonomgeving. Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met begeleiding mogelijk.

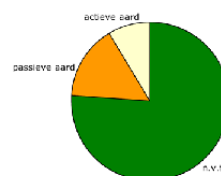
Ten aanzien van *sociale redzaamheid* hebben de cliënten veelal hulp of overname nodig. Cliënten zijn niet in staat complexere taken zelf uit te voeren. Hetzelfde geldt voor het huishoudelijk leven, het regelen van de dagelijkse routine en het nemen van beslissingen en oplossen van problemen. De ondersteuning is zowel gericht op stimulering en ontwikkeling, als op instandhouding van de zelfredzaamheid bij het uitvoeren van taken en van de regievoering over het eigen leven. Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak hulp, toezicht of sturing nodig. De oriëntatie met betrekking tot ruimte en personen is beperkt tot de voor de cliënt bekende omgeving en personen. Het tijdsbesef is zeer beperkt. Ten aanzien van *ADL* is in het algemeen toezicht of hulp nodig. Bij het uitvoeren van kleine verzorgingstaken is veelal overname nodig. Dit betreft de zorg voor tanden, haren, nagels en huid. Met betrekking tot het eten en drinken volstaat meestal toezicht en stimulatie.

Op het gebied van *mobilititeit* kan enige hulp nodig zijn, vooral bij het verplaatsen buitenshuis. Ten aanzien van oriëntatie in ruimte en de fijne motoriek is toezicht en stimulatie nodig. Bij deze cliënten is doorgaans geen sprake van *verpleging*. Bij deze cliënten is niet of in geringe mate sprake van *gedragsproblematiek* en *psychiatrische problematiek*. De *aard van het begeleidingsdoel* is gericht op stabilisatie of het voorkomen van achteruitgang, en waar mogelijk op ontwikkeling. Dit uit zich bijvoorbeeld in begeleiding op het gebied van welbevinden en/of participatie aan het maatschappelijk leven. De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

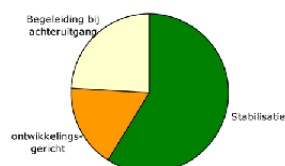
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Zorgprofiel

De cliënten functioneren sociaal niet zelfstandig en zijn continu begeleidingsbehoefstig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met individuele begeleiding mogelijk. De begeleiding heeft een structuurverlenend karakter, met een duidelijke dagindeling, vaste leefregels en strikte afspraken. Daarnaast is er aandacht voor het ontwikkelen van sociale en praktische vaardigheden.

Wat betreft de *sociale redzaamheid* hebben de cliënten overname nodig bij het onderhouden van de sociale relaties, deelname aan het maatschappelijk leven, uitvoeren van taken en het regelen van de dagelijkse routine. Ten aanzien van communicatie is hulp nodig.

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak hulp, toezicht of sturing nodig. Er is sprake van gerichte begeleiding met als doel het realiseren van een vaste thuisbasis die veiligheid en geborgenheid biedt. Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten hulp en regelmatig overname nodig. De begeleiding richt zich op het in stand houden van de mogelijkheden van de cliënt. Bij het eten en drinken is hulp en stimulatie vaak voldoende.

Op het gebied van *mobilititeit* kan hulp nodig zijn, vooral bij het verplaatsen buitenshuis. Bij de oriëntatie in ruimte, tijd, plaats en personen is overname van zorg nodig.

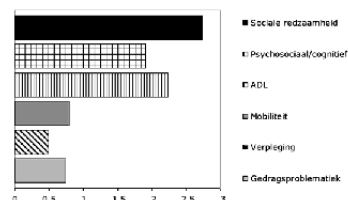
Bij deze cliënten kan sprake zijn van specifiek *verpleegkundig handelen* in verband met diverse aandoeningen.

Bij deze cliënten kan in geringe mate sprake zijn van *gedragsproblematiek* en *psychiatrische problematiek*. Hiervoor is gerichte begeleiding noodzakelijk. De begeleiding richt zich met name op het voorkomen van dwangmatig of manipulatief gedrag.

De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie of het voorkomen van achteruitgang, en waar mogelijk op ontwikkeling.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

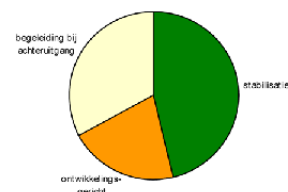
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Zorgprofiel

De cliënten functioneren sociaal (zeer) beperkt zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoefstig, vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis) gecombineerd met gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek. De begeleiding is vaak individueel en structuur biedend, gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek en op veiligheid. Er worden grenzen gesteld door anderen. Er is sprake van een voorspelbare invulling van de dag en van vaste leefregels. Veiligheidsrisico's voor de begeleiders zijn beperkt.

Op het gebied van *sociale redzaamheid* hebben de cliënten ten aanzien van de meeste aspecten hulp of overname van taken nodig.

Met name bij het uitvoeren van complexere taken, het regelen van de dagelijkse routine en het huishoudelijk leven is vanwege gedragsproblematiek overname van taken nodig.

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak hulp, toezicht of sturing nodig. Met name op het gebied van concentratie, geheugen en denken kan zelfs sprake zijn van continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing.

De cliënt kan *ADL* veelal zelf uitvoeren, maar iemand anders moet wel toezien of stimuleren of soms helpen.

Ten aanzien van *mobilititeit* is doorgaans geen hulp nodig, soms wel toezicht en stimulatie bij het verplaatsen buitenshuis.

Bij deze cliënten is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

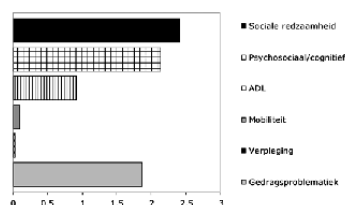
Er is sprake van structurele, vaak cumulatieve *gedragsproblematiek*. De cliënten hebben hierdoor vaak of continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. De cliënten vragen van hun omgeving continu grote alertheid vanwege manipulatief, dwangmatig, ontremd en reactief gedrag.

Er komt regelmatig *psychiatrische problematiek* voor bij deze cliënten. Dit kan zowel actief als passief of wisselend van aard zijn.

De *aard van het begeleidingsdoel* is doorgaans gericht op stabilisatie of ontwikkeling.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel

